LETÍCIA CRISTINA BENTO

OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E SUA INTERLOCUÇÃO COM OS PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SUS: UM RETRATO DO ESTADO DO PARANÁ

LONDRINA – PR
2026

LETÍCIA CRISTINA BENTO

OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E SUA INTERLOCUÇÃO COM OS PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SUS: UM RETRATO DO ESTADO DO PARANÁ

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva ofertado pela Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Fernanda de Freitas Mendonca.

Co-Orientadora: Prof.ª Dr.ª Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade

LONDRINA – PR
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

B478 Bento, Letícia Cristina Bentoo.
Os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde e sua interlocução com os princípios organizativos do SUS : um retrato do estado do Paraná. / Letícia Cristina Bentoo Bento. - Londrina, 2026.
169 f. : il.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.
Coorientador: Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.
Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde - Tese. 2. Cooperação Intergovernamental - Tese. 3. Descentralização - Tese. 4. Regionalização da Saúde - Tese. I. Mendonça, Fernanda de Freitas . II. Andrade, Silvia Karla Azevedo Vieira. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

LETÍCIA CRISTINA BENTO

OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E SUA INTERLOCUÇÃO COM OS PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SUS: UM RETRATO DO ESTADO DO PARANÁ

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva ofertado pela Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina

Co-Orientadora: Prof.ª Dr.ª Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade
Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Luciana Dias de Lima
Fundação Osvaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Lizando Lui
Escola de Políticas Públicas e Governo da Fundação Getúlio Vargas

---

Prof.ª Dr.ª Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Sonia Cristina Stefano Nicoletto
Universidade Estadual de Londrina

Aprovado em: Londrina, 07 de maio de 2026.

Dedico esta tese àqueles que acreditam e fazem o SUS acontecer cotidianamente, sustentando a cooperação e a solidariedade, como caminhos para a efetivação do direito à saúde, enquanto expressão de justiça social.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela sustentação nos momentos de maior desafio, tornando possível a realização deste percurso acadêmico.

Aos meus pais, Sueli e Carlos, pela educação, pelos valores e princípios transmitidos, pelos sacrifícios realizados e pelo apoio permanente ao meu processo de formação pessoal e acadêmica.

Ao meu filho, Miguel, menino destemido, que trouxe mais cor à minha vida. Você é incrível!

Ao Wilson, meu companheiro, pela torcida constante e pela paciência nos períodos de maior dedicação às exigências da vida acadêmica.

À minha orientadora, Fernanda, por acreditar em mim, pela condução rigorosa e sensível no campo da ciência e por ser referência de profissional crítica e comprometida.

À minha coorientadora, Silvia Karla, pela parceria construída ao longo dos anos e agora reafirmada no compromisso compartilhado com a produção científica.

Ao grupo de pesquisa GestSUS, pelas trocas qualificadas, pelos aprendizados compartilhados e pelo compromisso coletivo com o nosso Sistema Único de Saúde.

Aos membros da banca examinadora, Luciana, Lizandro, Brígida e Sônia, cujas trajetórias e contribuições de reconhecida relevância para a ação consorciada no Sistema Único de Saúde qualificam o debate acadêmico e meu olhar sobre esse objeto de pesquisa,

Por fim, à vida, com seus encontros, desafios, perdas e ganhos, que continuamente ensinam, transformam e impulsionam novos caminhos.

RESUMO

A cooperação interfederativa na política pública de saúde constitui elemento central para o enfrentamento das assimetrias institucionais e territoriais que caracterizam o federalismo brasileiro e tensionam a efetivação do Sistema Único de Saúde. Em um cenário marcado pela heterogeneidade socioeconômica e pela limitada capacidade técnica e financeira de grande parte dos municípios, especialmente os de pequeno porte, os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde se colocam como arranjos institucionais potentes para viabilizar a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a integralidade da atenção à saúde. Nesse contexto, este estudo buscou analisar a atuação desses consórcios no estado do Paraná, a partir de seus arranjos institucionais, de suas funções e papéis na organização do cuidado e na gestão regional do SUS, bem como das potencialidades e dos desafios relacionados à efetivação dos princípios organizativos do sistema. O estudo fundamentou-se no referencial teórico do federalismo brasileiro, adotando uma abordagem qualitativa de caráter descritivo-exploratório. A coleta de dados ocorreu no ano de 2024, em três momentos sequenciais e de forma articulada: oficina temática com gestores e atores estratégicos da política de saúde; entrevistas semiestruturadas com representantes governamentais e de entidades de controle externo; e aplicação do *websurvey* com dirigentes dos CPIS em funcionamento no Paraná. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente e organizados em quatro eixos temáticos, enquanto os dados qualitativos foram examinados por meio de análise do discurso, possibilitando a triangulação das informações e a apreensão das dinâmicas institucionais e políticas que permeiam a ação consorciada. Os resultados indicam que os consórcios de saúde paranaenses apresentam elevada capilaridade territorial e desempenham papel estratégico na oferta de serviços de saúde. Evidencia-se que sua atuação fortalece a atenção especializada, o apoio técnico e administrativo aos municípios do território e racionaliza o uso de recursos públicos, ampliando o acesso à saúde, reduzindo desigualdades regionais e potencializando a regionalização do SUS. Observa-se que diversidade de arranjos institucionais, escopos de atuação e modelos de governança reflete as trajetórias históricas, condicionantes regionais e distintos graus de institucionalização do estado. Persistem desafios relacionados ao financiamento, à integração efetiva com as instâncias de pactuação interfederativa, à participação social, à coordenação e à sustentabilidade institucional de longo prazo. Conclui-se que os consórcios de saúde se configuram como instrumentos relevantes de cooperação federativa no SUS, com potencial para apoiar a efetivação de seus princípios organizativos, sendo necessário fortalecer seu reconhecimento institucional, sua articulação com os processos formais de governança regional e sua integração sistêmica à rede de cuidados.

Palavras-chave: Consórcio de Saúde**;** Cooperação Intergovernamental; Descentralização; Regionalização da Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Intergovernmental cooperation in public health policy constitutes a central element for addressing the institutional and territorial asymmetries that characterize Brazilian federalism and challenge the implementation of the Unified Health System (SUS). In a context marked by socioeconomic heterogeneity and the limited technical and financial capacity of a large share of municipalities—especially small ones—Intermunicipal Public Health Consortia emerge as powerful institutional arrangements to enable decentralization, regionalization, hierarchical organization, and the comprehensiveness of healthcare provision. In this context, this study aimed to analyze the performance of these consortia in the state of Paraná, based on their institutional arrangements, their functions and roles in the organization of care and in the regional management of the SUS, as well as their potentialities and the challenges related to the implementation of the system's organizational principles. The study was grounded in the theoretical framework of Brazilian federalism, adopting a qualitative approach of a descriptive-exploratory nature. Data collection took place in 2024, in three sequential and articulated stages: a thematic workshop with managers and key stakeholders in health policy; semi-structured interviews with government representatives and external oversight bodies; and the administration of a web survey with leaders of Intermunicipal Public Health Consortia operating in Paraná. Quantitative data were analyzed descriptively and organized into four thematic axes, while qualitative data were examined through discourse analysis, enabling the triangulation of information and the understanding of the institutional and political dynamics underlying consortium-based action. The results indicate that health consortia in Paraná exhibit high territorial capillarity and play a strategic role in service provision. Their performance strengthens specialized care, provides technical and administrative support to municipalities, and rationalizes the use of public resources, thereby expanding access to healthcare, reducing regional inequalities, and enhancing the regionalization of the SUS. It is observed that the diversity of institutional arrangements, scopes of action, and governance models reflects historical trajectories, regional conditions, and different levels of institutionalization within the state. Challenges persist regarding financing, integration with intergovernmental coordination arenas, social participation, coordination, and long-term institutional sustainability. It is concluded that health consortia constitute relevant instruments of intergovernmental cooperation within the SUS, with the potential to support the implementation of its organizational principles. Strengthening their institutional recognition, their articulation with formal regional governance processes, and their systemic integration into the healthcare network remains necessary.

Keywords: Health Consortium; Intergovernmental Cooperation; Decentralization; Health Regionalization; Unified Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de Descentralização e Relação com o Federalismo.....27

Quadro 2 - Marcos institucionais da descentralização no SUS e seus efeitos sobre o federalismo sanitário brasileiro.....42

Quadro 3 – Consórcios em efetivo funcionamento no Paraná, 2024.....69

Quadro 4 – Momentos de coleta de dados e caracterização dos participantes.....72

Quadro 5 – As três fases de Análise do Discurso francesa 76

Quadro 6 – Matriz analítica utilizada como referência para a categorização dos resultados quantitativos.....79

Quadro 7 – Atuação dos Consórcios Multifinalitários do Paraná,2024.....90

Quadro 8 – Formações Discursivas e Núcleos de Sentido 98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde, sua sede, nº de entes, base populacional e região de saúde (RS), Paraná, 2025.....82

Tabela 2 – Caracterização referente a natureza jurídica, entes consorciados e tipo de contrato de rateio dos CPIS, Paraná, 2024.....85

Tabela 3 – Descritivo do planejamento financeiro tripartite dos consórcios, no Paraná, 2024. Valores em milhões de reais (R$).....87

Tabela 4 – Participação no Planejamento Regional Integrado e na Comissão Intergestora Regional, Paraná, 2024.....93

Tabela 5 – Participação social dos CPIS, Paraná.....94

Tabela 6 – Características das Assembleias de Prefeitos dos CPIS, Paraná, 2024.....96

Tabela 7 – Instâncias Complementares de Governança Interna dos CPIS, Paraná, 2024.....97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação dos princípios do SUS.....35

Figura 2 - Mapa político do estado do Paraná, divisão por regiões e macrorregiões de saúde, 2025.....68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Linha do tempo de criação dos CPS, Paraná, n=30.....80

Gráfico 2 – Ações realizadas pelos consórcios de saúde, Paraná, 2024.....91

Gráfico 3 – Linhas de cuidado previstas Programa Qualicis, Paraná, 2024, n=21.....92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária em Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado Gestor Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIHA	Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CISA	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis
COAP	Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde
CODERG	Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Regional de São João da Boa Vista
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPIS	Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde
CPS	Consórcios Públicos de Saúde
CRE	Centro Regional de Especialidades
EUA	Estados Unidos da América
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPP	Municípios de Pequeno Porte
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PRI	Planejamento Regional Integrado
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNCP	Rede Nacional dos Consórcios Públicos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **14**
1 INTRODUÇÃO **17**
2.1 O FEDERALISMO E SUAS IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA 22
2.1.1 Federalismo: fundamentos, tipologias e especificidades do caso brasileiro 23
2.1.2 O SUS como expressão do federalismo cooperativo 33
2.1.3 A regionalização da saúde como estratégia de cooperação interfederativa 43
2.2 OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE **48**
2.2.1 A evolução normativa dos Consórcios Públicos de Saúde 48
2.2.2. A difusão e configurações dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil 56
2.2.3 O papel dos Consórcios Públicos de Saúde como arranjo federativo de cooperação 61
3 OBJETIVOS **65**
3.1 OBJETIVO GERAL 65
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 65
4 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA **66**
4.1 LOCAL DE ESTUDO 67
4.2 PERCORRENDO A COLETA DE DADOS 70
4.3 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 73
5. RESULTADOS **79**
6 DISCUSSÃO **108**
CONSIDERAÇÕES FINAIS **127**
REFERÊNCIAS **131**
ANEXO **144**
APÊNDICES **150**

APRESENTAÇÃO

Sou Letícia Cristina Bento, mulher branca, alta, divorciada e mãe de Miguelito. Apresento aqui a trajetória da minha construção enquanto sujeito histórico inserido neste mundo, na qual um dos momentos mais significativos tem sido o processo de doutoramento.

Sou oriunda de uma família de origem humilde: minha mãe era costureira e meu pai caminhoneiro, ambos com escolaridade restrita ao ensino fundamental incompleto. Apesar das limitações objetivas impostas por esse contexto, cresci em um ambiente no qual a educação sempre foi concebida como o caminho mais seguro para a emancipação humana e social.

Minha trajetória escolar, até a conclusão do ensino médio, alternou-se entre escolas públicas e bolsas de estudo em instituições privadas, experiência que contribuiu para ampliar meu olhar crítico sobre as desigualdades sociais estruturalmente produzidas. Em 1998, iniciei minha formação acadêmica no curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL), instituição pública à qual manifesto profunda gratidão, por ter contribuído de forma decisiva para minha formação profissional, cidadã e crítica.

Os primeiros anos da graduação foram marcados por desafios significativos, decorrentes de uma matriz curricular densa, que abrangia disciplinas como filosofia, antropologia e ciência política, exigindo a construção de um olhar analítico ampliado sobre a realidade social, ancorado no referencial do materialismo histórico. Em 2001, durante o estágio curricular obrigatório, vivenciei a práxis profissional no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UEL, no âmbito de um projeto de extensão voltado ao atendimento interdisciplinar de pessoas em sofrimento mental. Essa experiência, que envolvia visitas domiciliares, reuniões com familiares, discussões de casos, elaboração de planos terapêuticos e estudos aprofundados sobre o direito à saúde, foi determinante para consolidar meu interesse e meu compromisso com a atuação na política pública de saúde.

Ao término da graduação, enquanto muitos colegas direcionaram sua inserção profissional para a política de assistência social, optei pela Saúde Coletiva como campo de especialização, por compreendê-la como um espaço estratégico de intervenção profissional e de transformação social. Essa escolha aproximou-me da experiência da ação consorciada, especialmente a partir de 2003, quando fui convidada a elaborar um projeto e implantar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Regional no município de Cambira, experiência que marcou o início da minha trajetória na gestão pública em saúde.

Uma década depois, inserida cotidianamente como empregada pública no trabalho em um consórcio de saúde e mobilizada por inquietações teóricas, bem como pelo desejo de

retornar ao espaço universitário, ingressei, em 2013, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da UEL. Nesse contexto, desenvolvi dissertação de mestrado voltada à análise do papel do Estado na política de saúde e ao surgimento dos consórcios públicos como instrumentos de gestão compartilhada.

A inserção na gestão de um consórcio público de saúde permitiu-me vivenciar, de forma concreta, os desafios da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a insuficiência crônica de financiamento, as assimetrias na capacidade técnica entre os municípios, os jogos de poder nos espaços de pactuação interfederativa, a fragmentação da rede de atenção e as dificuldades na consolidação da regionalização. Essas experiências possibilitaram uma compreensão empírica das potencialidades e fragilidades da cooperação intermunicipal, despertando o interesse em aprofundar teoricamente esse campo de estudo.

Em 2021, o doutorado, até então idealizado, tornou-se realidade. O ingresso no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL representa não apenas a continuidade da minha trajetória acadêmica, mas também um deslocamento consciente do lugar de fala de gestora para o de pesquisadora. Trata-se de um processo desafiador, no qual tenho buscado atuar com rigor científico, reflexão crítica e compromisso ético. Paralelamente, mantenho o propósito de permanecer inserida em espaços colegiados de debate e decisão, contribuindo para o fortalecimento da ação consorciada como estratégia de gestão solidária e regionalizada no âmbito do SUS.

Nesse percurso, venho vivenciando um intenso processo de reconstrução do meu olhar sobre as políticas públicas de saúde, agora mais amadurecido, aproximando-me de referenciais teóricos do federalismo, da economia política da saúde e da gestão interfederativa. A inserção no Programa possibilitou minha participação no Grupo de Estudos sobre Gestão do SUS (GestSUS), espaço formativo que ampliou minha compreensão sobre os desafios estruturais do sistema e reforçou a relevância da produção acadêmica como subsídio às decisões e práticas no campo da saúde coletiva.

Ao longo dessa trajetória, consolidou-se minha convicção acerca da urgência de fortalecer as instâncias de cooperação nas relações federativas da gestão do SUS. Os Consórcios Públicos de Saúde e as Comissões Intergestores Regionais precisam ser compreendidos não apenas como instâncias formais ou arenas de disputas políticas, mas como instrumentos estratégicos para a consolidação do sistema. O fortalecimento desses espaços é fundamental para a redução das desigualdades regionais, a otimização de recursos, a mitigação de retrabalhos institucionais e a ampliação da capacidade de resposta às demandas territoriais.

Assim, esta tese configura-se como uma conquista pessoal e coletiva, marcada pela superação de desafios, pela afirmação da coragem e pelo reconhecimento de uma trajetória comprometida com o fortalecimento da gestão compartilhada que permeia e sustenta as relações federativas no Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O federalismo brasileiro, consolidado pela Constituição Federal (CF) de 1988, estruturou-se a partir da descentralização política e administrativa, conferindo autonomia formal aos entes subnacionais. Ao elevar os municípios à condição de entes federativos e ampliar sua participação nas receitas tributárias da União por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), a Constituição criou incentivos estruturais que estimularam um intenso processo de emancipação municipal no Brasil. Entre 1984 e 2000, foram instalados 1.405 novos municípios, dos quais 94,5% possuíam menos de 20 mil habitantes. Esse incentivo fiscal, associado a interesses político-eleitorais, como a formação de novos núcleos de poder local e o acesso a cargos eletivos, impulsionou a criação de municípios com estrutura técnica e administrativa limitada para responder às demandas da população (Magalhães, 2007).

Nesse contexto, a descentralização emerge como um pilar fundamental do arranjo federativo brasileiro. Para Arretche (2004), sua incorporação foi motivada não apenas por argumentos de eficiência administrativa, mas também por uma concepção política orientada ao aprofundamento democrático, com o objetivo de ampliar a autonomia local, fortalecer a capacidade de governo dos entes subnacionais e abrir canais de participação social. Contudo, essa descentralização passou a se desenvolver em um cenário marcado por profundas desigualdades institucionais e financeiras entre os entes federados.

Essa heterogeneidade se expressa especialmente nos municípios de pequeno porte, que enfrentam limitações estruturais que comprometem sua governabilidade. Enquanto alguns estados e municípios dispõem de maior capacidade institucional e financeira, muitos, especialmente os de pequeno porte, apresentam dificuldades para organizar e ofertar serviços públicos de qualidade (Arretche, 2004; Souza, 2019). Estudos apontam que os Municípios de Pequeno Porte (MPP) constituem o segmento mais vulnerável da federação, em razão de sua limitada capacidade gerencial e das dificuldades para atender às demandas da população (Borges *et al.,* 2022; Lui; Schabbach; Nora, 2020). As fragilidades estruturais desses municípios, associadas à concentração de recursos e competências normativas na União, com poder indutivo, reduzem a efetividade da descentralização uma vez que limitam a autonomia decisória local (Pinafo *et al*., 2020; Souza, 2019).

A literatura aponta, ainda, que a coordenação federativa brasileira muitas vezes se configura como um “pacto de não responsabilização” entre os entes, em que lacunas na definição de competências favorecem um “jogo de empurra” sobre responsabilidades e sobrecarregam a implementação das políticas públicas (Palloti *et al.,* 2023). No caso da saúde,

isso se reflete em desigualdades regionais na distribuição dos serviços, já que a descentralização, por si só, não se mostrou suficiente para corrigir disparidades históricas (Ribeiro; Moreira, 2018).

É nesse cenário federativo que se insere o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como política pública que reconhece a saúde como direito universal e dever do Estado. Estruturado nos princípios da universalização, integralidade e equidade, o SUS foi organizado segundo um modelo descentralizado, regionalizado e hierarquizado, sustentado pela gestão compartilhada e pela participação social. Esse arranjo inovador distribuiu competências e responsabilidades entre União, estados e municípios, demandando coordenação contínua e capacidade de cooperação entre os entes federados.

Apesar de seus avanços normativos, o SUS enfrenta o desafio de articular a descentralização em um país marcado por heterogeneidades socioeconômicas e por grande número de municípios de pequeno porte, frequentemente, sem condições técnicas e financeiras para prover atenção integral à saúde de sua população (Lui; Schabbach; Nora, 2020). Nesse contexto, a regionalização da saúde emerge como estratégia central para enfrentar desigualdades na oferta de serviços, integrar ações e racionalizar recursos, fortalecendo a governança interfederativa. Prevista como princípio organizativo do SUS, a regionalização busca estruturar a rede de ações e serviços, hierarquizando os níveis de atenção e promovendo a integração em redes de atenção à saúde (Flexa; Barbastefano, 2020; Mendes, 2020).

Entretanto, a efetivação da regionalização tem se mostrado desafiadora, pois requer capacidades técnicas, políticas e financeiras significativas nos níveis subnacionais, o que nem sempre se verifica na realidade (Duarte *et al.,* 2018 ; Viana *et al.,* 2018). Existem dificuldades para integrar e coordenar ações e serviços em diferentes espaços geográficos, sob gestões diversas, de modo a atender às necessidades de saúde na escala, qualidade e custos adequados. Em outras palavras, a implementação de redes regionalizadas esbarra em obstáculos de coordenação e na insuficiência de recursos e estruturas em certas regiões, dificultando a garantia de acesso homogêneo e integral em um país marcado por heterogeneidades (Mello *et al*., 2019; Lima *et al.,* 2020).

Diante das limitações do federalismo sanitário brasileiro, os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (CPIS) têm sido apontados por diferentes autores como uma inovação institucional com potencial para mitigar a fragmentação da gestão municipal e fortalecer a coordenação regional das ações em saúde (Borges *et al.,* 2022; Lui; Schabbach; Nora, 2020; Fernandez; Pinto, 2020; Guimaraes *et al.,* 2020). Compreendidos como arranjos organizativos voluntários, de natureza associativa e autárquica, constituídos entre entes federados para o

desenvolvimento de políticas e ações de interesse comum por meio de instrumentos contratuais compartilhados (Andrade; Lima, 2023), os consórcios públicos vêm sendo analisados na literatura como mecanismos relevantes de cooperação interfederativa no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, Rocha (2016) destaca que os consórcios emergem como resposta estratégica aos desafios decorrentes da descentralização e da municipalização, ao mitigar a insuficiência de escala e a limitada capacidade técnica dos pequenos municípios para a provisão de serviços de média e alta complexidade. Nessa mesma direção, Almeida *et al*. (2022) apontam que os consórcios contribuem para a hierarquização da rede ao gerir equipamentos como policlínicas, que atuam como pontos de atenção secundária voltados à média complexidade. Os autores ressaltam, ainda, que esses serviços especializados são estruturados para se articular com a Atenção Primária, favorecendo a organização do itinerário terapêutico do usuário de forma estruturada e hierarquizada, com vistas à integralidade do cuidado (Almeida *et al.,* 2022).

Dados recentes indicam a existência de 297 consórcios públicos de saúde em 22 estados, envolvendo 3.767 municípios, o que representa 67,6% do total de municípios brasileiros. A maior concentração ocorre nas regiões Sul e Sudeste, com destaque para os estados do Paraná e de Minas Gerais, que apresentam quase a totalidade de seus municípios consorciados. Observa-se, ainda, a predominância de municípios de pequeno porte, sendo que mais de 90% dos consorciamentos envolvem localidades com até 50 mil habitantes (Andrade; Lima, 2023).

As assimetrias federativas e as limitações técnico-financeiras que caracterizam grande parte dos municípios reforçam a necessidade de mecanismos cooperativos capazes de sustentar a oferta regionalizada e integral de serviços de saúde. Nesse contexto, os Consórcios Públicos de Saúde emergem como estratégias de gestão compartilhada, racionalização de recursos e ampliação do acesso, especialmente em municípios de pequeno porte (Julião; Faria, 2016; Henrichs; Meza, 2016; Flexa; Barbastefano, 2020; Andrade *et al.,* 2022). Entretanto, ainda se observa a necessidade de maior acúmulo teórico, sobretudo na perspectiva regional, acerca de como esses arranjos, que assumem distintos papéis e desenhos institucionais, contribuem para a implementação dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde.

Diante desses elementos apontados por diferentes autores, este estudo parte do pressuposto de que os consórcios públicos se configuram como instrumentos de apoio ao desenvolvimento de políticas públicas, com potencial para contribuir para o alcance dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde.

Essa discussão ganha especial relevância no estado do Paraná, onde tem seu caráter pioneiro e o consorciamento em saúde já constitui uma prática institucional consolidada

(Rocha, 2016). Pesquisa recente demonstra a existência de 31 consórcios intermunicipais de saúde, abrangendo as 22 regiões de saúde do estado, configurando um ambiente de cooperação avançada entre municípios (Andrade; Lima, 2023). Nesse cenário, analisar a atuação dos CPIS paranaenses oferece a oportunidade de compreender o papel desses arranjos em um contexto de maturidade institucional. A relevância desta pesquisa reside na possibilidade de compreender os consórcios públicos como expressão concreta do federalismo cooperativo, capazes de articular diferentes entes federados em torno de objetivos comuns de saúde pública. Ao iluminar as potencialidades e fragilidades desses arranjos no contexto paranaense, a tese pretende contribuir para o debate teórico sobre a gestão interfederativa quanto para o aperfeiçoamento prático das estratégias de cooperação regional do SUS.

Diante do exposto, este estudo é orientado por questões de pesquisa que buscam aprofundar a compreensão sobre a atuação dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná, considerando o contexto de maturidade institucional do consorciamento no território. Nesse cenário, indaga-se: qual o papel assumido e quais as configurações institucionais dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Paraná? Em um estado marcado por trajetória histórica consolidada de cooperação interfederativa, de que maneira esses arranjos contribuem para a implementação dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde - descentralização, regionalização, hierarquização e controle social - e como se articulam às dinâmicas territoriais e à organização da rede de cuidados?

Essa formulação busca não apenas descrever a atuação dos consórcios, mas analisar, à luz do contexto paranaense, como esses arranjos se configuram, quais papéis assumem e em que medida contribuem para a organização regional do sistema de saúde e fortalecem o federalismo cooperativo.

Esta tese está estruturada em seis capítulos, além desta Introdução. No Segundo Capítulo traremos o referencial teórico que está organizado em dois eixos analíticos complementares. A Seção 2.1 intitulada *"O Federalismo e suas implicações na Política de Saúde Brasileira"*, aprofunda a discussão conceitual sobre o federalismo, suas tipologias e especificidades no caso brasileiro, bem como suas repercussões na conformação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Seção 2.2, denominada *"Os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde"*, dedica-se ao objeto central da investigação. Nela, os consórcios públicos de saúde são analisados como arranjos institucionais que emergem no contexto do federalismo sanitário brasileiro. A abordagem permite compreender os processos de formação, difusão e os regramentos desses arranjos, bem como seus papéis como instrumentos de cooperação federativa na efetivação dos princípios organizativos do SUS.

O Terceiro Capítulo apresenta o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa, orientando o percurso analítico desenvolvido ao longo do trabalho. O Quarto Capítulo traz a metodologia da pesquisa, descrevendo o desenho metodológico adotado, detalhando o local de estudo, os procedimentos de coleta de dados, os instrumentos utilizados e as estratégias de sistematização e análise, assegurando transparência e rigor científico ao processo investigativo.

O Quinto Capítulo expõe os resultados empíricos que serão apresentados em dois momentos analíticos. Inicialmente traz os achados quantitativos organizados a partir de quatro eixos analíticos: caracterização institucional e territorial; finalidade e escopo de atuação; integração com as estruturas de governança regional; e governança interna dos consórcios. Na sequência, serão apresentados os resultados qualitativos, organizados em três formações discursivas: FD1 – o consórcio como dispositivo de fortalecimento regional e apoio aos municípios para efetivação do SUS; FD2 – o desafio da natureza da ação consorciada; e FD3 – a governança interna e participação social.

O Sexto Capítulo é dedicado à discussão dos resultados, estruturada a partir de quatro categorias: configurações institucionais e escopo de atuação; financiamento da ação consorciada em saúde no Paraná; o papel paradoxal da ação consorciada; e os CPIS em sua integração às dinâmicas regionais. A discussão articula os achados empíricos à fundamentação teórica adotada.

Por fim, apresentam-se as *Considerações Finais*, nas quais são retomados e sintetizados os principais achados da investigação à luz dos objetivos propostos e do referencial teórico mobilizado. Nessa seção, são evidenciados os elementos centrais que atravessam a atuação dos CPIS no Paraná para a efetivação dos princípios organizativos do SUS, ao mesmo tempo em que revelam tensões e limites desse processo. Também são discutidas as implicações teóricas e práticas derivadas do estudo, com ênfase nas possibilidades de fortalecimento da ação consorciada no âmbito do SUS, bem como nas limitações da pesquisa e nas perspectivas para investigações futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que estrutura esta tese constitui o conjunto de lentes analíticas por meio das quais serão interpretados e discutidos os achados da pesquisa. Parte-se do entendimento de que os resultados observados decorrem do processo de organização político-administrativa do Estado brasileiro e dos arranjos institucionais construídos no interior do Sistema Único de Saúde para efetivação de seus princípios. Nesse sentido, adota-se como eixo central o federalismo brasileiro, considerando suas implicações para a descentralização, a coordenação intergovernamental e a autonomia municipal, articulado à trajetória de conformação dos CPS, seus condicionantes, continuidades e reconfigurações ao longo do tempo.

2.1 O FEDERALISMO E SUAS IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Estudar o federalismo, como modelo de organização política que distribui o poder entre entes autônomos em um mesmo território, fornece subsídios para compreender a dinâmica das políticas públicas no Brasil. Nele, níveis de governo coexistem e exercem autoridade, equilibrando a unidade nacional com a autonomia das unidades subnacionais em um arranjo interdependente. Esse desenho institucional impacta diretamente à execução das ações do Estado, ao mesmo tempo em que induz arranjos e promove ou desafia as relações intergovernamentais.

No caso brasileiro, a Constituição de 1988 consolidou o modelo federativo ao instituir a descentralização e a cooperação interfederativa como princípios necessários para a organização das políticas públicas. A CF, ao instituir a cooperação entre os entes federativos como diretriz para a organização das políticas públicas, não definiu de forma detalhada os mecanismos operacionais dessa cooperação, remetendo à necessidade de regulamentação por meio de legislações complementares e infraconstitucionais. Essa lacuna normativa evidenciou a complexidade de operacionalização do federalismo cooperativo no contexto brasileiro, exigindo a construção gradual de instrumentos institucionais e políticas públicas voltadas à coordenação intergovernamental em diferentes áreas, incluindo a saúde. Nesse sentido, ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidos arranjos normativos e institucionais com o objetivo

de estabelecer os termos, responsabilidades e formas de articulação entre União, estados e municípios.

Na saúde, esses elementos foram posteriormente traduzidos na Lei n° 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, trazendo a descentralização político-administrativa e a articulação cooperativa como alicerces para a formulação, coordenação e execução das ações. A própria arquitetura do SUS reflete o pacto federativo, ao definir a repartição de responsabilidades entre União, estados e municípios. Este capítulo busca examinar como o federalismo se concretizou no Brasil, com ênfase na aplicação do modelo cooperativo e nos avanços trazidos pela CF de 1988 e sua regulamentação na legislação infraconstitucional.

Para isso, adota-se uma abordagem crítica e histórica, que permita discutir os efeitos do federalismo na consolidação do SUS, considerando tanto os avanços conquistados quanto os entraves estruturais persistentes. O intuito é compreender como a repartição de competências e recursos entre União, estados e municípios molda a formulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde no país. Por fim, busca-se evidenciar os desafios inerentes à coordenação entre esses entes, assim como explorar os mecanismos cooperativos para superá-los.

2.1.1 Federalismo: fundamentos, tipologias e especificidades do caso brasileiro

O federalismo constitui um conceito polissêmico que ultrapassa sua dimensão institucional e administrativa, incorporando também uma perspectiva valorativa. Nessa abordagem, o federalismo não se limita à forma de organização do Estado, mas também expressa princípios que orientam a distribuição do poder, a autonomia política e a cooperação entre os entes governamentais. Conforme Pallotti *et al.* (2023), essa dimensão ideológica permite compreender o federalismo como um arranjo sustentado por princípios legitimadores das relações intergovernamentais, para além dos pactos formais entre os níveis de governo. Nessa perspectiva, práticas federativas podem ser identificadas mesmo em contextos em que o modelo federativo não foi formalmente instituído, como na União Europeia (Lopreato, 2024). Contudo, para os fins deste estudo, a análise concentra-se nas instituições federativas constituídas, considerando sua relevância para a organização das políticas públicas no contexto brasileiro**.**

O federalismo é reconhecido como um modelo de organização política dos Estados nacionais, concebido para estabelecer um sistema de administração que permita um gerenciamento eficiente do território através de diferentes escalas de poder de gestão. Em sua

essência, é um dispositivo constitucional que promove a divisão e o compartilhamento do poder entre um governo central e um conjunto de unidades constituintes, como estados ou províncias. Nessa perspectiva, Lopreato (2024) define o regime federativo como uma instituição multidimensional, orientada por princípios que legitimam a ordem federal e regulam as relações intergovernamentais. Assim, o federalismo envolve não apenas a distribuição de competências, mas também a construção de mecanismos de coordenação e cooperação entre os entes federados. Seu objetivo central consiste em conciliar autonomia e interdependência, mantendo o equilíbrio entre descentralização e coordenação (Dardaneli; Kincaid, 2023; Dourado; Elias, 2011).

Do ponto de vista histórico, Anderson (2009) pontua que a emergência de sistemas federativos pode ter diferentes motivações, desde a necessidade de agregação de estados ou colônias independentes com interesses e identidades semelhantes, buscando a preservação da autonomia e o benefício de um sistema integrado, até a resposta a pressões populares por regimes democráticos que reconheçam diferenciações étnicas, linguísticas e econômica.

William H. Riker (1975), define o federalismo como um tipo de Estado em que dois ou mais níveis de governo exercem simultaneamente autoridade sobre o mesmo território e população, possuindo autonomia política concreta e assegurada por meio de uma constituição. Assim, o federalismo é, em sua essência, um acordo político e estratégico entre elites, no qual as unidades políticas cedem parte de sua soberania em prol da união, mas garantem a manutenção de suas competências próprias através de uma constituição rígida (Machado; Lopes, 2024).

O federalismo teve sua origem nos Estados Unidos da América (EUA), em 1787, como resposta ao desafio de constituir um poder central efetivo, a União, em um campo delimitado de competências predominantemente militar e econômico, sem eliminar a autonomia política das unidades territoriais preexistentes. Esse arranjo surgiu como uma forma de *coming together*, expressão que remete à intenção de unir diferentes governos, buscando conciliar interesses diversos e, por vezes, conflitantes. Nesse contexto, estabeleceu-se uma centralização de poder com competências delimitadas, preservando a esfera de atuação dos estados e trazendo um arranjo marcado por tensões entre autonomia e coordenação (Soares; Machado, 2018).

O pacto federativo norte-americano exigiu, portanto, um intenso esforço de "engenharia institucional" para concretizar a dupla autonomia territorial, tanto do centro político federal quanto das subunidades federadas. Riker (1975) aponta três características fundamentais desse acordo: a existência de uma Constituição Federal, que formaliza o arranjo político entre os entes territoriais; a divisão do Estado nacional em subunidades autônomas; e a garantia de que cada

nível de governo possua autoridade para tomar decisões finais sobre determinadas atividades políticas e administrativas. Esses elementos estruturaram a dinâmica federativa, ao mesmo tempo em que mantiveram a necessidade de negociação contínua entre os níveis de governo (Machado; Lopes, 2024).

Dessa forma, o sistema federalista americano estabeleceu um arranjo de controles recíprocos, conhecido como sistema de freios e contrapesos institucionais (*checks and balances*). Seu objetivo primordial era equilibrar o poder entre os diferentes níveis e ramos de governo. Contudo, esse equilíbrio não eliminou disputas entre os entes federados, mas instituiu mecanismos institucionais para sua mediação, evidenciando o caráter dinâmico do federalismo norte-americano. É nesse contexto que emergem os desafios relacionados à manutenção desse equilíbrio ao longo do tempo (Machado; Lopes, 2024; Soares; Machado, 2018; Watts, 2008).

Segundo Pallotti, *et al* (2023), os desafios do federalismo americano concentram-se na tensão permanente entre a autonomia dos estados e a tendência de centralização do poder federal. Embora tenha se originado como uma federação descentralizada, ao longo do tempo houve ampliação das competências da União, especialmente por meio de decisões judiciais e políticas nacionais. Outro desafio refere-se às fronteiras jurisdicionais pouco definidas, que exigem negociações constantes entre os níveis de governo. Soma-se a isso a utilização de transferências federais condicionadas, que podem limitar a autonomia dos estados. Além disso, crises econômicas, guerras e processos de modernização historicamente reforçaram o papel do governo central, evidenciando a natureza dinâmica e tensionada do federalismo norte-americano.

Para além de um arranjo institucional, Riker (1975) aborda o federalismo como um meio para alcançar objetivos políticos, e não como um fim em si mesmo. Sua origem estaria na chamada “barganha federal”, resultante da negociação entre as ambições de expansão dos governos centrais e as demandas por autonomia das unidades locais (Machado; Lopes, 2024). O poder central sempre tenderá a tentar aumentar seu escopo, enquanto as unidades subnacionais tentarão preservar e expandir o seu. A força do federalismo, em grande parte, reside nessa tensão, que é gerenciada por meio de instituições e processos políticos (Dardaneli; Kincald, 2023).

Com outra perspectiva, Daniel J. Elazar, em sua obra *Exploring Federalism* (1987), destaca a "tradição pactual" (em inglês, *covenantal tradition*) como a base do federalismo. Para ele, o federalismo é uma forma de autogoverno baseada em pactos e acordos, que valoriza a partilha de valores e a autogovernança. Essa vertente é vista como um mecanismo para dividir

o poder e proteger contra abusos do governo central, ampliando a autonomia das instâncias subnacionais.

Elazar (1987) ainda propõe que, mais do que uma simples "descentralização", o federalismo deve ser entendido como um processo de "não-centralização" nas federações, já que o poder não é meramente delegado de cima para baixo, mas sim constitucionalmente disperso entre os diferentes níveis de governo. Nesse arranjo, o poder assume um caráter difuso e compartilhado, sustentado por múltiplos centros de autoridade reconhecidos pela Constituição. Como explica o próprio autor, "[...] os poderes do governo são difundidos entre muitos centros, cuja existência e autoridade são garantidas pela constituição geral, em vez de se concentrar em um único centro" (Elazar, 1987, p. 34, tradução nossa). Essa concepção desloca a compreensão do federalismo para além da hierarquia, ressaltando seu caráter cooperativo e a interdependência entre os entes federativos.

Assim, a dimensão central do federalismo está na combinação de autogoverno com governo partilhado. Isso significa que os entes constituintes mantêm suas próprias regras (*self-rules*), concomitantes à existência daquelas que são compartilhadas (*shared-rules*) entre os distintos governos (Elazar, 1987; Almeida, 2001).

A dimensão do *self-rule* se relaciona com a autonomia das unidades constituintes (estados) para exercerem suas jurisdições governamentais sobre partes do território nacional (Soares; Machado, 2018; Souza, 2019; Dardanelli; Kincaid, 2023). Já o *shared rule* refere-se à capacidade das unidades subnacionais de participar das decisões do governo central que afetam seus próprios interesses, trazendo a corresponsabilidade dos entes federados na condução das políticas (Soares; Machado, 2018; Souza 2019; Souza 2023).

Corroborando essa perspectiva, Almeida (2001, p.2) afirma que:

> A federação é, assim, uma forma de organização política baseada na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal maneira que o governo nacional e os subnacionais são independentes nas suas esferas próprias de ação. Na verdade, o federalismo constitui um compromisso peculiar entre difusão e concentração do poder político em função da luta política e das concepções predominantes sobre os contornos do Estado nacional e sobre os graus desejáveis de integração política e de eqüidade social.

A vertente da descentralização faz parte do federalismo contemporâneo, embora seu desenho altere conforme as especificidades políticas, econômicas e socioculturais de cada país. Trata-se de um conceito polissêmico, que expressa diferentes formas de redistribuição de poder no interior do Estado. Segundo Almeida (2005), a descentralização pode ocorrer pela transferência de competências fiscais e decisórias às autoridades subnacionais, pela delegação

de responsabilidades de gestão e implementação de políticas públicas ou ainda pelo deslocamento de funções do governo central para os setores privado e não governamental. No entanto, descentralizar não significa enfraquecer o papel do governo nacional, mas redefinir suas relações com os demais níveis de governo**.**

Para uma compreensão dos elementos que envolvem o processo de descentralização no Estado federativo, torna-se fundamental categorizar suas principais dimensões. A literatura permite distinguir entre a descentralização política, administrativa, fiscal e legislativa, cada uma com características e finalidades. O quadro a seguir sintetiza essas formas:

Quadro 1 - Tipos de Descentralização e Relação com o Federalismo

Tipo de Descentralização	Definição
Política	Concretiza-se por meio da transferência de autoridade decisória e poder de representação para governos subnacionais eleitos. Esse processo viabiliza o autogoverno local, uma vez que se baseia na estruturação de espaços próprios de representação política para essas jurisdições, conferindo-lhes legitimidade e capacidade para tomar decisões em suas esferas de atuação.
Administrativa	Trata-se da redistribuição de funções executivas, operacionais e de prestação de serviços, como saúde e segurança, para os entes subnacionais. Também referida como '*policy making*' ou implementação, esse modelo busca transferir competências administrativas específicas, com o objetivo de ampliar a eficiência e a proximidade das ações públicas em relação às demandas locais.
Fiscal	Refere-se à autonomia dos entes subnacionais na arrecadação e gestão de recursos financeiros, assegurando-lhes a capacidade de financiar suas políticas públicas de forma sustentável. Essa garantia se concretiza por meio de duas vias principais: a arrecadação própria de tributos e as transferências intergovernamentais obrigatórias.
Legislativa	Consiste na reserva de competências legislativas próprias para os entes subnacionais, as quais não podem ser assumidas pelo governo central. Envolve a alocação formal de poderes legislativos e a definição de âmbitos de jurisdição exclusiva ou concorrente entre os diferentes níveis de governo.

Fonte: Elaboração própria a partir de Arretche, 2012; Souza, 2019; Almeida, 2005; Soares e Machado, 2018; Dardanelli e Kincaid, 2023.

Dessa maneira, entender os diferentes tipos de descentralização, política, administrativa, fiscal e legislativa, é parte para analisar a complexidade do federalismo, pois cada uma delas contribui de modo específico e articulado para a autonomia dos entes e a governança compartilhada. Essas dimensões revelam que a descentralização não se trata de um processo linear, mas de um campo dinâmico de negociações e equilíbrios federativos, permeado por intensos desafios.

Nesse contexto de distribuição de poder, as autoras Viana, Lima e Oliveira (2002) pontuam que temos uma diversidade de arranjos, que são definidos a depender de como as relações intragovernamentais acontecem na prática e são concretizados a partir de três modelos: dual, competitivo e cooperativo. Ademais, cada modelo reflete de maneira específica a distribuir competências e articulação de responsabilidades entre União, estados e municípios, influenciando as dinâmicas de formulação, implementação e financiamento das políticas públicas. (Franzese; Abrucio, 2013).

O federalismo competitivo caracteriza-se pela tensão e disputa nas relações intragovernamentais, uma vez que as responsabilidades dos governos federal e subnacionais são separadas, preservando, contudo, a autonomia dos entes na formulação de políticas e arrecadação tributária. Franzese e Abrucio (2013) destacam que essa dinâmica descentralizada, com a possibilidade de fixação de diferentes valores de tributação, gera um terreno fértil para a competição, resultando nas conhecidas ‘guerras fiscais’. Nesse modelo, a lógica predominante é a de rivalidade, em que cada ente busca seus interesses, o que pode gerar desigualdades e fragilizar a coordenação nacional de políticas públicas. Os Estados Unidos, onde a dinâmica se assemelha a um "salve-se quem puder", é um exemplo clássico.

Em contraposição a esse modelo, o federalismo cooperativo propõe a coordenação e o compartilhamento de responsabilidades como forma de promover maior integração entre os entes federativos e corresponsabilidade na implementação de políticas públicas. Neste contexto a cooperação reflete na necessidade de compartilhar a execução de determinadas funções públicas, não podendo ser atribuição exclusiva de apenas um ente federado. Souza (2019) classifica o Brasil como uma federação tipo cooperativa.

Trata-se, portanto, de um modelo que valoriza a articulação entre autonomia e interdependência, reconhecendo os entes como partes complementares de um mesmo sistema, que depende de mecanismos institucionais de coordenação federativa. Dourado e Elias (2011, p; 206) contribuem com a discussão ao trazer que a gestão de políticas públicas nesse modelo exige:

> A construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução das ações no âmbito socioeconômico em prol do bem-estar coletivo. Esses processos encontram-se geralmente entre dois tipos básicos de mecanismos, que representam o inerente dilema entre a descentralização e a centralização: as negociações diretas entre os governos locais e os incentivos promovidos pelas instâncias centrais.

Apesar de suas potencialidades, o federalismo cooperativo é permeado por tensões inerentes à dinâmica federativa. A intercorrência de ordens políticas evidencia que o sistema

federativo opera como um mosaico de instituições e arenas com lógicas e tempos distintos, gerando incongruências e atritos que podem produzir tanto rigidez quanto mudança. Nesse cenário, a ampliação do campo de ação dos diferentes níveis de governo torna incerta a distribuição prática das competências legislativas e a configuração das relações intergovernamentais (Lopreato, 2024). Essa indeterminação favorece disputas e levanta questionamentos sobre o avanço da centralização e as possibilidades de reação dos entes subnacionais na defesa de sua autonomia.

Essas tensões tornam-se mais evidentes em contextos de crise e na disputa por recursos e poder decisório. Durante a pandemia da Covid - 19, vieram à tona conflitos sobre quem decide, coordena, implementa e financia as políticas públicas, evidenciando divergências entre União e estados e culminando em decisões do Supremo Tribunal Federal que reconheceram competências subnacionais (Palloti *et al.*, 2023). Além disso, a concentração de arrecadação no nível federal amplia o uso do poder de gasto, permitindo à União direcionar políticas por meio de transferências condicionadas, o que pode restringir a autonomia dos estados (Watts, 2008). Nesse contexto, o federalismo cooperativo também enfrenta o desafio de equilibrar a uniformidade de políticas nacionais com o respeito às diversidades regionais, mantendo em constante revisão o pacto federativo.

Percorrido esse caminho teórico, teremos outra lente para debruçar sobre as dinâmicas das políticas públicas em contextos federativos complexos. No caso brasileiro, o federalismo adquire contornos próprios, resultado de uma trajetória marcada por movimentos alternados de centralização e descentralização do poder, que definiram as bases políticas e jurídicas do atual modelo. Carneiro (2019) refere que o Brasil foi um Estado Unitário por quase 70 anos, e que o federalismo foi estruturado com a Constituição Federal de 1891, sendo fruto de um desdobramento da incapacidade do governo imperial nas ações administrativas e provimento de serviços públicos em um território extenso e com disparidades.

Diferentemente do modelo norte-americano, o federalismo brasileiro é classificado como *hold together* (manter unido) ou seja, surgiu da necessidade de desconcentrar o poder para manter a unidade nacional. Como bem resumiu Rui Barbosa, citado por Abrucio (2022), “tivemos União antes de ter estados, tivemos o todo antes das partes”. Dessa forma, a origem do federalismo brasileiro ocorreu por um movimento centrífugo, que transformou as antigas províncias do Império em estados-membros, transferindo-lhes poder e autonomia política. Esse arranjo consolidou o poder das oligarquias dos governadores na Primeira República, que passaram a exercer significativa influência sobre o governo central. No entanto, esse processo

não incluiu o reconhecimento dos municípios como entes federativos, os quais permaneceram com autonomia limitada e subordinados aos estados (Abrucio, 2022).

Logo após a Proclamação da República em 1889, federalismo brasileiro consolidou-se como uma descentralização oligárquica e fragmentada, marcada pela diminuição do poder federal em comparação com o período imperial; acentuada desigualdade socioeconômica entre os estados; influência de poucas unidades federativas, como São Paulo e Minas Gerais, na definição da eleição presidencial.

O governo de Getúlio Vargas (1930 a 1945) redefiniu a essência do federalismo brasileiro ao implantar um projeto com centralização do poder, através do fortalecimento do governo federal, especialmente do poder executivo. Sua narrativa está pautada na intervenção estatal na economia e na sociedade para construir um modelo nacional desenvolvimentista, trazendo um estado centralizador e intervencionista. Nesse período, foi promulgada a segunda Constituição Federal (CF) de 1934 que trouxe as competências dos entes, reduzindo a autonomia dos estados e elevando o status dos municípios no Brasil. Em seu artigo 13° garantiu autonomia na organização dos serviços públicos de sua competência, previu a eleição de prefeitos e vereadores, exceto nas capitais, e assegurou fontes de receita próprias (Brasil, 1934).

Com a destituição de Vargas do poder e promulgação da terceira Constituição Federal de 1946 trouxe um período de equilíbrio federativo. Os estados readquiriram autonomia política e capacidade para executar políticas públicas, conferindo aos governadores papel central no sistema político, inclusive dois deles chegaram à Presidência da República. Paralelamente, consolidou-se o municipalismo moderno (Melo, 1993), com ampliação da autonomia local e instituição da eleição direta para prefeitos, inclusive nas capitais. Nesse contexto, a União iniciou a implementação de políticas ativas apoiadas por recursos tributários fixos e por organismos voltados à redução das desigualdades territoriais (Brasil, 1946; Abrucio, 2022).

Na sequência, temos a quarta Constituição Federal 1967 que foi outorgada pelo congresso em um contexto de intensa pressão e controle do regime militar, instalado com o golpe de 1964. Essa carta manteve a forma federativa, mas instituiu um modelo caracterizado pela centralização do poder e legalização de um regime autoritário. Conferiu ao Presidente da República poderes amplos para legislar por meio de decretos-lei (Art. 58), independentemente da autorização do Congresso, e elevou a Segurança Nacional à condição de fundamento da República (Art. 2º), justificando ampla intervenção estatal. Na prática, estados e municípios perderam autonomia, e a federação foi esvaziada em seu conteúdo, servindo principalmente para conferir aparência de legitimidade ao regime militar (Abrucio, 2022; Brasil, 1967).

Assim, a trajetória do federalismo brasileiro é marcada por um movimento pendular entre centralização e descentralização, sempre condicionado aos contextos políticos e históricos de cada período. No processo de redemocratização pós-ditadura militar, combinado ao debate sobre a reforma do Estado, esse movimento culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988. A partir dela, o federalismo brasileiro consolidou-se em torno da descentralização política e administrativa, conferindo autonomia formal aos entes subnacionais (Arretche, 2004; Souza, 2019).

A CF de 1988 inovou ao reconhecer os municípios como entes federativos e instituir um modelo de federalismo cooperativo, prevendo a descentralização como peça central do pacto federativo. Esse desenho atribuiu responsabilidades comuns e complementares entre União, estados e municípios, exigindo intensa coordenação para a operacionalização de políticas públicas, como a saúde (Mendonça; Andrade, 2018; Lima *et al*., 2020; Ribeiro; Moreira, 2018). Do ponto de vista municipalista, a descentralização é entendida como um avanço, pois confere maior autonomia aos municípios na execução de políticas, mesmo sob a coordenação do governo central (Oliveira, 2018; Souza, 2011). Seu objetivo era combinar a capacidade normativa e redistributiva da União com a proximidade da gestão local, visando reduzir as desigualdades regionais na oferta de serviços (Lima *et al.,* 2020), estabelecendo uma nova trajetória (*path dependence*) para o federalismo brasileiro.

Contudo, essa autonomia enfrenta desafios persistentes, sobretudo relacionados as assimetrias federativas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2022) 69,34% dos municípios brasileiros têm uma população de até 20.000 habitantes, sendo considerados como municípios de pequeno porte. Alguns autores definem-nos como o ente mais vulnerável da federação, com limitações estruturais, baixa capacidade administrativa e financeira. Essas fragilidades locais comprometem a gestão dos serviços públicos e ofertas de qualidade, já que muitos municípios sozinhos não conseguem prover todos os níveis de atenção que a população necessita (Lui; Schabbach; Nora, 2020; Pinafo *et al*., 2020). Essa fragmentação federativa, marcada por um número elevado de entes municipais com distintas capacidades, impõe dificuldades à efetivação de políticas públicas (Borges *et al*., 2020; Lima *et al.,* 2020).

As relações intergovernamentais em um modelo descentralizado são marcadas por tensões, desigualdades e constantes negociações entre os entes federativos, (Paim, 2013; Machado *et al.,* 2017). Embora a autonomia dos entes subnacionais esteja formalmente assegurada, ela é frequentemente condicionada por mecanismos de coordenação vertical e pela concentração de poder decisório e financeiro no nível federal.

Além disso, Almeida (2005) destaca que, ao manter o controle sobre a alocação de recursos e a normatização das políticas descentralizadas, a União promove uma dinâmica de recentralização normativa e financeira, que pode influenciar a autonomia dos entes subnacionais, especialmente em setores como a saúde. Arretche (2012) observa que essa configuração combina centralização decisória no nível federal com autonomia de implementação nos níveis subnacionais, o que pode gerar desafios na adequação das políticas às especificidades territoriais.

Verifica-se então que o federalismo brasileiro possui uma trajetória histórica de tensões marcadas pela disputa sobre o financiamento e sobre as capacidades distintas entre os entes subnacionais, o que nos demonstra que somente, a descentralização não foi capaz de corrigir as disparidades existentes.

Diante dessas assimetrias, a necessidade de mecanismos de coordenação intergovernamental eficazes torna-se necessária. No campo da saúde, o SUS apresenta elevada complexidade em sua governança e gestão, estruturando-se por meio de múltiplos espaços de pactuação e de processos de implementação continuamente avaliados e ajustados por uma diversidade de atores.

Nesse sentido, a própria organização do sistema conta com arranjos institucionais, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), além de instrumentos como o Pacto pela Saúde e os Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP) e mais recentemente o processo do Planejamento Regional Integrado (PRI), que buscaram fortalecer a corresponsabilidade na gestão compartilhada (Menicucci *et al.,* 2018). Entretanto, persistem disputas por competências e dificuldades na consolidação de alguns desses instrumentos, como o COAP, que enfrentou entraves político-institucionais e não se efetivou (Fernandes; Bastos, 2022; Almeida *et al.,* 2022)

Essas dificuldades revelam que a consolidação de um sistema público descentralizado e cooperativo, como o SUS, depende da capacidade de articulação entre as esferas de governo e da efetividade do pacto federativo. O federalismo brasileiro, com suas particularidades históricas e institucionais, conforma tanto as possibilidades quanto os limites da política de saúde no país. Compreender essas dinâmicas é fundamental para entender como a estrutura federativa influencia a organização e a gestão do SUS.

2.1.2 O SUS como expressão do federalismo cooperativo

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) está intimamente vinculada ao processo de redemocratização brasileira, à redefinição do pacto federativo e à ampliação dos direitos sociais no país. Sua origem remonta ao Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que, desde a década de 1970, formulava críticas ao modelo fragmentado, centralizado e excludente da política de saúde, então estruturado sob a lógica previdenciária dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse arranjo restringia o acesso à saúde aos trabalhadores formais urbanos e seus familiares, aprofundando desigualdades no atendimento (Gerschman; Santos, 2006). Conforme Fleury (2009), tratava-se de um movimento contra hegemônico que buscava não apenas reorganizar o sistema de saúde, mas também redefinir a relação entre Estado e sociedade, trazendo a sociedade para dentro da gestão da política.

Com base nesse contexto, o Movimento da Reforma Sanitária elaborou, nas décadas de 1970 e 1980, um diagnóstico crítico do setor de saúde, identificando problemas estruturais que orientariam a formulação do SUS:

> [...] desintegração das unidades de saúde, com sobre oferta de serviços em alguns lugares e ausência de outros; excessiva centralização, implicando por vezes impropriedades das decisões, pela distância dos locais onde ocorrem os problemas; baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e as regiões mais carentes; irresolubilidade, desperdício e fragmentação de ações e serviços no enfrentamento dos problemas e necessidades das diferentes regiões e populações brasileiras (MENDES, 1993, p. 6).

Essas quatro considerações do cenário do setor de saúde são reflexo da trajetória do federalismo brasileiro, das iniquidades sociais e econômicas do país e do conceito de saúde baseado na ausência de doença. Somado a isso, em 1986 tivemos a 8ª Conferência Nacional de Saúde que defendia a compreensão teórica da saúde como totalidade concreta, resultado de diversas determinações, o que incentivava a reforma sanitária a atuar em todos os aspectos, sendo eles: é uma necessidade gerada pelo processo saúde-doença; a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material deve ser organizada para satisfazer as necessidades; um espaço de circulação de mercadorias e de sua produção; um espaço de densidade ideológica; um espaço de hegemonia de classes; e possuir potência tecnológica para solucionar problemas tanto individuais quanto coletivos.

Desse modo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um divisor de águas ao propor a criação de um sistema público, universal e equânime. Como registrado em seus

documentos finais, “a saúde deve ser entendida como um direito de cidadania e um dever do Estado, devendo ser promovida por meio de políticas econômicas e sociais que garantam o acesso universal às ações e serviços de saúde” (Fleury, 2009, p. 746).

A promulgação da CF de 1988 incorporou os principais ideais defendidos pelo MRS sendo a primeira Constituição brasileira a reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado. Arretche (2009) destaca que esse momento também representou um marco no redesenho federativo brasileiro, no qual a União passou a exercer papel de coordenação nacional, sem, contudo, instituir mecanismos robustos de veto pelos entes subnacionais. Segundo a autora, “os formuladores da CF/88 criaram um modelo de Estado federativo que combina ampla autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos governos subnacionais” (Arretche, 2009, p. 390).

Nesse contexto, a Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde deveria ser organizada por meio de um sistema universal, descentralizado, regionalizado e com participação social, configurando um arranjo cooperativo entre União, estados e municípios. Esse desenho institucional pressupõe o compartilhamento de responsabilidades no financiamento, na gestão e na operacionalização das ações de saúde, combinando a autonomia dos entes subnacionais com a coordenação normativa e financeira exercida pela União (Lima *et al.,* 2020; Ribeiro; Moreira, 2018; Mendonça; Andrade, 2018).

Contudo, a implementação desse modelo, iniciada ainda sob a orientação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que funcionou como um espaço de experimentação institucional, evidenciou, na prática, as tensões e complexidades do pacto federativo brasileiro (Menicucci, 2014). A coordenação nacional passou a conviver com assimetrias regionais e diferentes capacidades institucionais, exigindo permanente articulação entre os entes federativos para a consolidação de um sistema que garanta acesso equânime à saúde em todo o território nacional.

Nesse contexto de complexidade federativa, torna-se fundamental compreender os alicerces conceituais que sustentam o SUS. A superação desses desafios estruturais depende, em grande medida, da efetivação de seus princípios doutrinários e organizativos, os quais, ecoando no cotidiano das políticas de saúde, encontram-se formalizados nas Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, que regulamentam o sistema.

Os princípios doutrinários do SUS, universalidade, equidade e integralidade, dizem respeito aos ideais que transpassam a implementação do sistema e consolidam o conceito ampliado de saúde. Os princípios organizativos, regionalização, hierarquização, participação

do cidadão e descentralização orientam a forma como o sistema deve funcionar (Faleiros, *et al*., 2006).

Figura 1 – Representação dos princípios do SUS



Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido, a integração entre os princípios doutrinários e organizativos é condição para o fortalecimento do SUS, sendo que eles não constituem apenas fundamentos normativos, mas como expressões concretas do MRS. Compreendê-los em sua totalidade exige não apenas um olhar técnico, mas político e ético, capaz de reconhecer que a saúde, enquanto direito, é também um campo permanente de disputas e conquistas.

Os princípios doutrinários do SUS expressam valores ético-políticos orientados pela justiça social e pela ampliação do acesso à saúde. Nesse sentido, a universalidade refere-se ao direito de todos os cidadãos ao acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, independentemente de qualquer condição, reafirmando o caráter inclusivo do sistema e a superação do modelo anteriormente restritivo (Linard, *et al.,* 2011). Essa diretriz fundamenta a organização da política de saúde brasileira, estruturada para atender a população de forma abrangente e integrada.

Associada à universalidade, a equidade orienta a redução das desigualdades no acesso e na oferta de serviços de saúde, compondo uma estratégia redistributiva inserida em uma política de proteção social inclusiva. No caso brasileiro, esse princípio está relacionado à garantia de acesso universal e igualitário, conforme estabelecido no artigo 196 da CF de 1988. (Mendes; Vasconcelos, 2015). Embora não tenha sido explicitamente incorporada nos textos fundacionais do SUS, a equidade passou a ganhar centralidade à medida que se evidenciou que

a garantia formal de acesso universal não era suficiente para enfrentar as desigualdades regionais e sociais. Assim, a equidade torna-se um princípio orientador das políticas de saúde, voltado à redução das iniquidades e ao reconhecimento da diversidade das necessidades em saúde (Matta, 2007). Dessa forma, a política de saúde brasileira foi concebida com base em uma perspectiva preventiva e integradora das ações, buscando atender às necessidades da população e promover justiça social.

A integralidade, enfrenta desafios concretos para sua efetivação, especialmente nos municípios, diante das limitações de serviços especializados, da escassez de profissionais qualificados e das fragilidades nos mecanismos de coordenação do cuidado (Machado; Lima; Batista, 2017). Esse princípio pressupõe a articulação entre ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, considerando a longitudinalidade do cuidado e a continuidade da atenção. Nesse sentido, Mendes (2010) destaca que a integralidade depende de um sistema coordenado, capaz de integrar os diferentes níveis de atenção e evitar descontinuidades no percurso do usuário.

Uma das tensões centrais para a consolidação da integralidade refere-se às restrições orçamentárias impostas ao financiamento do SUS. Medidas como a Desvinculação das Receitas da União (DRU) reduziram a previsibilidade dos recursos destinados à saúde ao flexibilizar a vinculação orçamentária. Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 86 de 2015 tornou obrigatória a execução de emendas parlamentares individuais ao orçamento, enquanto a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 instituiu o teto de gastos por 20 anos, limitando a expansão das despesas em saúde (Funcia, 2019). Essas medidas, associadas ao recuo da proposta Saúde +10, evidenciam disputas em torno da garantia de recursos e reforçam os desafios para a efetivação dos princípios do SUS, especialmente no que se refere à organização de uma rede de atenção integral.

Os princípios doutrinários são sustentados por princípios organizativos que definem a estrutura de gestão e como deve ser a prestação de serviços do SUS. A hierarquização dos serviços orienta a organização do SUS em níveis crescentes de complexidade, assegurando que o cuidado seja ofertado de forma ordenada, contínua e resolutiva. Essa lógica pressupõe a constituição de redes integradas que garantam ao usuário acesso progressivo e adequado a cada ponto de atenção, conforme suas necessidades. No entanto, sua efetividade depende não apenas da estrutura formal, mas também da articulação com as necessidades reais dos territórios, da integração com a vigilância em saúde e da orientação pelo cuidado integral. Estudos recentes indicam que a hierarquização deve ser compreendida como uma diretriz organizadora do

modelo de atenção, baseada nas singularidades territoriais e nos perfis epidemiológicos locais (Morosini; Fonseca; Lima, 2020; Sousa *et al.,* 2022).

Nesse sentido, Mattos e Baptista (2015) alertam que, quando desvinculada das práticas de vigilância em saúde e das redes territoriais de cuidado, a hierarquização tende a reproduzir fragmentação, ineficiência e iniquidades. Para superar esses riscos, a articulação entre os níveis de atenção deve ser orientada pela lógica da integralidade, com fluxos assistenciais regulados e pactuados entre os entes federados. Esse esforço exige considerar as realidades microrregionais e o papel estratégico dos consórcios públicos de saúde como instrumentos de articulação regional e suporte à resolutividade da atenção especializada (Borges *et al*., 2022; Andrade; Lima, 2023)

A participação social no SUS deve ser compreendida à luz do processo de redemocratização brasileira, marcado pelo fortalecimento das demandas por ampliação dos direitos sociais e pela inclusão da sociedade nos espaços decisórios, para assegurar a participação ativa da comunidade na formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas de saúde. Esse contexto contribuiu para que a participação se consolidasse como pauta fundamental no campo da saúde, impulsionando a democratização das políticas e dos serviços. Nessa perspectiva, adota-se a concepção de Valla (1998, p. 9), que define participação social como "as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social".

Sua institucionalização pela Lei nº 8.142/1990 garantiu o funcionamento dos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas governamentais, concedendo-lhes poder deliberativo e uma composição paritária que reflete a representatividade necessária. Arretche (2012) sublinha que essas instâncias são cruciais para complementar o arcabouço institucional da gestão descentralizada, ao responsabilizá-las pela formulação de estratégias e pela fiscalização da execução das políticas de saúde.

Complementarmente, Piccoli, Kligerman e Cohen (2017) expandem essa compreensão, argumentando que o controle social transcende o papel de mero instrumento de gestão, constituindo-se uma arena dinâmica de disputa de projetos societários e uma expressão vital de cidadania ativa. Para que essa participação se traduza em efetiva governança participativa, Saliba, *et al.* (2009) enfatizam que seu pleno exercício depende intrinsecamente da formação política contínua dos conselheiros e da garantia de transparência em todos os processos decisórios.

Já a descentralização constitui um dos princípios organizativos fundamentais e o alicerce do federalismo brasileiro, impulsionada pela necessidade de romper com a centralização autoritária e de conferir maior autonomia aos entes subnacionais para que pudessem responder às especificidades e demandas locais. Nesse contexto, Andrade e Lima (2023) destacam que a Constituição de 1988 foi crucial ao estabelecer a responsabilidade compartilhada pelas ações e serviços de saúde, determinando sua execução descentralizada e a direção única em cada esfera de governo.

No âmbito do SUS, essa descentralização consolidou-se como expressão do federalismo cooperativo e foi implementada gradualmente ao longo dos anos 1990, por meio de normas operacionais e sucessivas pactuações intergovernamentais que redistribuíram competências e redefiniram as responsabilidades de União, estados e municípios. Contudo, nos primeiros anos pós-Constituição, persistiu uma forte centralização operacional herdada do antigo sistema previdenciário (INAMPS): a União concentrava grande parte das funções de gestão e financiamento, enquanto estados e municípios desempenhavam papéis secundários, com limitada autonomia gerencial e financeira.

O primeiro marco dessa transição foi o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), instituído em 1987, que antecedeu o SUS e funcionou como laboratório para a municipalização das ações e serviços (Menicucci, 2014). Esse movimento ganhou respaldo político na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, cujo lema “Municipalização é o caminho” legitimou a descentralização como eixo estruturante do SUS, reforçando a centralidade da gestão local e da participação social. Apesar de seu papel de ponte para o novo modelo, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2020) refere que esse arranjo trouxe limitações: os entes subnacionais foram tratados de forma homogênea, sem considerar as distintas capacidades institucionais, e as regras de repasse de recursos permaneceram definidas unilateralmente pelo nível federal, restringindo a autonomia e a efetividade da gestão local.

Nesse contexto, emergem as Comissões Intergestores como estratégia para viabilizar a descentralização e fortalecer a governança interfederativa no SUS. Formalizada pela Portaria nº 1.180, de 22 de julho de 1991, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) consolidou-se como um fórum permanente de negociação, pactuação e tomada de decisão entre os gestores do SUS.

Em nível nacional, a CIT reúne representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o objetivo de acordar diretrizes operacionais e fortalecer a gestão compartilhada. De forma complementar, em cada estado, as Comissões Intergestores Bipartite

(CIB) replicaram esse modelo, integrando as Secretarias Estaduais de Saúde e os gestores municipais, contribuindo para a coordenação federativa e para a organização do acesso integral à saúde (Mendes, 2010).

Posteriormente, tivemos as Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), publicadas em 1993 e 1996, que foram essenciais para o processo de municipalização. A Norma Operacional Básica (NOB) 01/1993 representou um marco na gestão descentralizada. Pactuada na CIT essa norma formalizou o reconhecimento de estados e, especialmente, dos municípios como gestores plenos do sistema, rompendo com a lógica centralizadora preexistente.

A partir de 1993, delineou-se um novo arranjo: a União passou a se concentrar em funções de formulação de políticas, regulação e financiamento, estabelecendo padrões nacionais e mecanismos de indução. Paralelamente, estados e municípios assumiram progressivamente a gestão direta das ações e serviços de saúde em suas jurisdições, intensificando a capacidade de resposta local e a efetividade da governança do SUS (Brasil, 1993).

A descentralização avançou com a NOB 01/1996, que aprofundou o processo de municipalização da saúde. Essa norma estabeleceu que os municípios, uma vez habilitados em certas condições, poderiam tornar-se gestores plenos de serviços de saúde, incluindo a gestão de recursos e de toda a rede assistencial local, consolidando-os como os principais provedores de ações de saúde básica e de parte da média complexidade. Lima *et al.,* (2020) pontua que com isso a gestão municipal ganhou proeminência, mas também trouxe à tona o desafio de se assegurar a integralidade do cuidado, pois nenhum município isoladamente teria condições de ofertar toda a gama de serviços de forma autossuficiente.

Reconhecendo essa limitação, reforçou-se a necessidade de cooperação entre municípios e estados para garantir o acesso da população a serviços de maior complexidade, resultando em novos arranjos institucionais no início dos anos 2000 (Brasil, 1996).

Buscando equilibrar a autonomia municipal com a coordenação regionalizada, o Ministério da Saúde editou em 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002, que introduziu o conceito da regionalização de maneira incisiva, definindo o papel dos estados como coordenadores da rede de atenção em cada região de saúde, ampliando e reforçando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, e estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e oferta de acesso.

Os estados, então, passaram a mediar e induzir acordos intermunicipais para a referência de pacientes e a definição de centros regionais especializados, otimizando recursos e ampliando o acesso equitativo a serviços mais complexos (Brasil, 2001; 2002; Goya *et al.,* 2017). Essas

normativas materializaram a descentralização como processo relacionado à regionalização, orientado não apenas pela divisão administrativa, mas pela necessidade de articulação entre os entes federativos.

Nesse cenário, em 2003, foi realizada a 12° Conferência Nacional de Saúde sob o tema "A saúde que temos, o SUS que queremos", a qual reforçou a necessidade de aprimorar a regionalização como estratégia para ampliar o acesso e qualificar a gestão. Seu documento final destacou a importância de implementar a hierarquização da atenção, fortalecer a atenção básica e média complexidade sem descuidar da alta complexidade, e respeitar as programações definidas nos planos diretores de regionalização. Essa conferência representou um marco ao consolidar o consenso social em torno da regionalização como eixo estruturante do SUS, pavimentando o caminho para as reformas normativas que se seguiram.

Assim, em 2006, foi publicado Pacto pela Saúde, firmado na CIT, que consolidou a descentralização e revelou a necessidade da gestão cooperativa, estabelecendo uma lógica de pactuação solidária entre os entes federados. Esse documento estava estruturado nos componentes Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, sendo este último especialmente voltado a aprimorar as responsabilidades de cada esfera e os mecanismos de governança interfederativa (Borges *et al*., 2022). No âmbito dessas responsabilidades, o Pacto fortaleceu o papel dos entes federativos na regionalização, planejamento, programação, regulação, controle, avaliação, auditoria, gestão do trabalho, educação na saúde, e na participação e controle social. Em especial, no nível estadual, destacou-se a atribuição de monitorar e avaliar o funcionamento dos consórcios intermunicipais de saúde, reforçando a *accountability* e a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de governo.

Nesse contexto, foram criados os Colegiados de Gestão Regional (CGR) em cada região de saúde, fóruns que reuniram gestores municipais e estaduais para planejar e gerenciar de forma compartilhada as redes regionalizadas de atenção. Esses colegiados serviram de modelo para as futuras Comissões Intergestores Regionais (CIR), consolidadas legalmente alguns anos depois, indicando uma tendência de se institucionalizar a cooperação interfederativa também no nível microrregional do SUS. Assim, o pacto inaugurou uma nova concepção de governança cooperativa, ao reconhecer que a efetividade do SUS depende da articulação contínua entre os níveis de governo e do fortalecimento das instâncias colegiadas de decisão (Brasil, 2006).

Em 2011, tivemos a publicação do Decreto n° 7.508, que consolida o processo de descentralização, reafirma a necessidade de cooperação, e institucionaliza a regionalização como diretriz obrigatória da política nacional de saúde. Esse decreto regulamentou a Lei Orgânica da Saúde no que tange a organização do SUS, o planejamento, assistência e

articulação interfederativa, trazendo informações importantes: definindo a organização das Regiões de Saúde (espaços territoriais que agrupam municípios para fins de planejamento integrado e oferta conjunta de serviços), conceituou as portas de entrada, estabeleceu oficialmente as CIR como instâncias de pactuação regional sob coordenação das Secretarias Estaduais, redes de atenção à saúde, e instituiu o instrumento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), destinado a formalizar responsabilidades e metas compartilhadas entre os entes federados (Brasil, 2006).

O COAP foi concebido como um acordo formal entre União, estado e municípios de uma mesma região, explicitando as responsabilidades de cada um na execução das ações de saúde, metas e recursos, com o objetivo de fortalecer a gestão compartilhada e a cooperação interfederativa vinculante.

No entanto, a implementação do COAP enfrentou obstáculos políticos e institucionais significativos, visto que poucos estados chegaram a assiná-lo, demonstrando as dificuldades de se formalizar compromissos em um contexto federativo tão complexo. Goya *et al.* (2007) destacam esses desafios: divergência entre o tempo técnico e o tempo político, que resultou na elaboração de contratos com fragilidades no planejamento; as limitações na infraestrutura de dados, com informações desatualizadas que dificultaram a identificação de vazios assistenciais; e o subfinanciamento do SUS, uma vez que a adesão ao COAP não foi acompanhada de novos recursos. Além disso, observaram-se dificuldades na regulação do acesso aos serviços e barreiras institucionais relacionadas à persistência de práticas individualizadas entre os entes federativos, o que dificultou a cooperação regional e a consolidação da gestão compartilhada.

Posteriormente, outros instrumentos complementares foram estabelecidos, como a Lei Complementar nº 141/2012, que disciplinou os recursos mínimos em saúde de cada ente e reforçou a exigência de planejamento ascendente e integrado (com Planos de Saúde municipais, estaduais e nacional alinhados entre si e pactuados nas comissões intergestores). Mais recentemente, o Planejamento Regional Integrado (PRI), instituído pela Resolução n° 12 da CIT em 2017, reforçou essa diretriz ao propor a organização regional das ações e serviços de saúde, com definição compartilhada de prioridades e responsabilidades entre os entes federativos. Em síntese, desde a promulgação da Constituição de 1988, uma série de medidas legais e administrativas vem dando concretude à descentralização na saúde, redefinindo atribuições entre União, estados e municípios e criando instâncias de pactuação intergestores (CIT e CIB), conforme demonstra o quadro a seguir.

Quadro 2 - Marcos institucionais da descentralização no SUS e seus efeitos sobre o federalismo sanitário brasileiro

Regramento	Ano	Conteúdo central	Efeitos no federalismo sanitário
SUDS	1987	Transição do modelo centralizado para um sistema descentralizado e unificado, com gestão compartilhada entre União, estados e municípios.	Antecipou os princípios do SUS e testou mecanismos de municipalização e transferência de recursos, representando o primeiro experimento de gestão descentralizada no país.
Leis n° 8.080	1990	Conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamentou o SUS, definindo seus princípios e diretrizes.	Formalizou a descentralização como princípio organizativo do SUS e consolidou a gestão compartilhada entre os entes federativos.
Lei n° 8.142	1990	Instituiu o controle social e a participação popular.	Formalizou a participação social, instituiu mecanismos de transferências intergovernamentais, e reforçou a lógica cooperativa entre União, estados e municípios.
Portaria n°1.180	1991	Instituiu a Comissão Técnica Tripartite, posteriormente denominada Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o objetivo de discutir e elaborar propostas para a implantação e operacionalização	Criou um espaço permanente de pactuação entre Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Esse arranjo ampliou a cooperação federativa, favoreceu a descentralização e consolidou a governança compartilhada no SUS.
NOB 01/1993	1993	Definiu competências e responsabilidades entre as esferas de governo.	Consolidou a gestão descentralizada e criou instâncias formais de pactuação interfederativa.
NOB 01/1996	1996	Instituiu as modalidades de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.	Fortaleceu o protagonismo municipal e ampliou a autonomia na gestão dos recursos e serviços de saúde.
NOAS01/2001 e 01/2002	2001 2002	Introduziu a regionalização como estratégia de organização da rede e redefiniu responsabilidades estaduais e municipais.	Ampliou a coordenação estadual, estabelecendo as Regiões de Saúde e os fluxos assistenciais. Articulou descentralização e regionalização.
Pacto pela Saúde	2006	Substituiu as normas operacionais. Estruturado nos eixos Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.	Reforçou a corresponsabilidade e o planejamento ascendente, promovendo cooperação solidária entre entes federativos.
Decreto nº 7.508/2011	2011	Regulamentou a Lei n° 8.080/1990, instituindo as Regiões de Saúde, CIR, o COAP e instrumentos de planejamento integrado.	Formalizou a regionalização e a contratualização interfederativa, reforçando o federalismo cooperativo.
Lei Complementar nº 141/2012	2012	Regulamentou os gastos mínimos em saúde e o planejamento integrado entre as esferas de governo.	Vinculou financiamento à responsabilidade compartilhada e fortaleceu o princípio da descentralização com corresponsabilidade fiscal.
Resolução n°23 CIT	2017	Estabeleceu diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde	Ampliou a coordenação regional e a definição compartilhada de responsabilidades entre os entes federativos. Também reforçou a cooperação e a governança interfederativa nas pactuações do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora.

Portanto, a trajetória histórica da descentralização na saúde brasileira evidencia um movimento de aperfeiçoamento institucional contínuo, em que normas, pactos e instrumentos de gestão buscam operacionalizar os princípios constitucionais de autonomia, corresponsabilidade e equidade. Apesar dos avanços, persistem desafios relacionados à assimetria de capacidades administrativas, à dependência financeira dos municípios e à fragilidade dos mecanismos de coordenação intergovernamental.

Nesse sentido, afirmamos que os princípios organizativos do SUS permanecem em constante tensão no pacto federativo brasileiro. Como afirma Arretche (2009, p. 40-41):

> Apesar de a Constituição de 1988 ter promovido uma ampla descentralização das políticas sociais, os mecanismos de coordenação federativa não foram suficientemente fortalecidos. Com isso, persistem desequilíbrios regionais significativos na capacidade de oferta de serviços de saúde, resultantes da disparidade fiscal e administrativa entre os entes subnacionais, dificultando a implementação uniforme dos princípios do SUS.

Essa análise, reforça que a descentralização, mais do que um princípio organizativo, é um processo em construção, que expressa as tensões e possibilidades do federalismo sanitário brasileiro. A efetividade desse processo depende da existência de arranjos cooperativos e de instrumentos de governança capazes de equilibrar autonomia local e coordenação nacional, mitigando as desigualdades regionais e fortalecendo a capacidade de gestão dos entes subnacionais.

A partir dessa compreensão, o princípio organizativo da regionalização surge como etapa subsequente e necessária à descentralização, constituindo-se como estratégia de cooperação interfederativa voltada à integração das redes de atenção e à superação das desigualdades regionais. Ao redistribuir responsabilidades entre os entes federativos e induzir o planejamento compartilhado, evidenciou a necessidade de mecanismos de coordenação regional capazes de superar as desigualdades e integrar as redes de atenção. É nesse contexto que a regionalização e os CPIS emergem como respostas cooperativas à fragmentação do sistema.

2.1.3 A regionalização da saúde como estratégia de cooperação interfederativa

Nas tramas do federalismo sanitário brasileiro, marcado pela fragmentação da gestão municipal e pelas assimetrias de capacidade entre os entes federados, a regionalização da saúde se consolida como uma estratégia central para enfrentar as desigualdades na oferta de serviços e aprimorar a governança interfederativa (Flexa; Barbastefano 2020; Mendes, 2020; Duarte *et*

al., 2018; Viana *et al.*, 2018). Como princípio organizativo, refere-se à organização dos serviços em regiões de saúde capazes de assegurar o acesso ordenado e contínuo dos usuários às ações e serviços em todos os níveis de complexidade, configurando-se como uma diretriz do Estado para o planejamento e a gestão territorial.

Nesse contexto, a regionalização é compreendida por Lima *et al*. (2012, p. 2882) "como um processo técnico-político condicionado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, mas também pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos". Ela busca uma melhor distribuição técnico-espacial dos serviços, ampliando a cobertura e o acesso. Trata-se, portanto, da reorganização de um território já utilizado, com o propósito de refletir suas diferentes realidades e orientar políticas ancoradas em base territorial.

Ao analisar o contexto brasileiro, Viana *et al.* (2019, p. 3) reforçam o caráter ético-político da regionalização no SUS, afirmando que:

> Regionalizar implica identificar as mudanças em curso nos distintos espaços da vida construídos historicamente no território, buscando, para além de novas explicações, ordenamentos e sentidos éticos para a ação política, que promovam a redução das desigualdades sociais, o usufruto de bens coletivos e a melhoria da saúde das populações. Em síntese, um debate que reforce o compromisso da Saúde Coletiva com as práticas democráticas, com a noção da saúde como um direito universal, que deve ser garantido de acordo com as necessidades das pessoas e com respeito às diversidades de todos os tipos.

Para que essa visão se concretize, a regionalização deve ser compreendida como um processo de pactuação política entre os entes federados, orientado pelo planejamento territorial e pela organização do cuidado em saúde. Nesse sentido, a regionalização transcende a mera demarcação, nomeação e hierarquização, revelando-se, sobretudo, por meio de acordos e pactos políticos embasados em informações precisas sobre a dinâmica de uso desse território (Fleury; Ouverney, 2007; Viana; Lima, 2011). Entretanto, a efetivação desse processo revela sua elevada complexidade, marcada por profundas desigualdades regionais, multiplicidade de atores e da amplitude das atribuições estatais (Lima, 2015).

Além disso, como apontam Teston *et al.,* 2019 a regionalização exige capacidades técnicas, políticas e financeiras robustas nos níveis subnacionais, frequentemente insuficientes na realidade brasileira. Dessa forma, as limitações evidenciam na dificuldade de integrar e coordenar ações e serviços em diferentes espaços geográficos, sob distintas gestões, para atender às necessidades de saúde com a escala, qualidade e custos adequados, dificultando um acesso homogêneo e integral em um país de heterogeneidades tão marcantes (Lui; Schabbach; Nora, 2020; Lima *et al*., 2012).

Nesse contexto, estudos recentes acrescentam novos desafios, como a estrutura federativa tripartite, que dificulta a institucionalização de acordos interfederativos; as limitações fiscais e as desigualdades regionais; fragilidades na delimitação regional; mudanças político-administrativas que comprometem a continuidade das pactuações; e a influência das relações público-privadas na organização da oferta de serviços (Aleluia *et al*., 2022).

A trajetória da regionalização na política de saúde brasileira articula-se diretamente ao processo de descentralização, cujas nuances se intensificaram após a CF de 1988, momento em que os municípios passaram a exercer maior autonomia. Historicamente, a União desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação para acomodar as tensões inerentes ao federalismo. Nesse movimento de implementação do SUS, Viana e Lima (2011) destacam que o Ministério da Saúde assumiu papel central na normatização e na indução por meio de incentivos financeiros. Essa regulação federal estruturou-se em quatro eixos fundamentais: a integração das ações e serviços no território (racionalidade sistêmica), a conformação dos modelos de atenção, os mecanismos de financiamento federal e a definição das funções e responsabilidades entre os governos.

O arcabouço normativo que materializou essa trajetória evoluiu de maneira significativa, como mencionado anteriormente. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 e o Pacto pela Saúde de 2006, que ampliou a concepção de regionalização e instituiu os Colegiados de Gestão Regional (CGR), constituíram marcos relevantes desse processo. Entretanto, sua consolidação ocorreu com o Decreto nº 7.508/2011, que definiu as Regiões de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), reforçando o planejamento ascendente e a necessidade de relações interfederativas.

Na sequência, a evolução das normativas infralegais aprofundou a centralidade da regionalização e das RAS, com ênfase na governança e no planejamento integrado. A Portaria nº 4.279/2010 estabeleceu diretrizes para a organização das RAS; posteriormente, a Resolução CIT nº 23/2017 delineou as diretrizes para a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI), inaugurando um período de priorização da governança das RAS e da elaboração ascendente do planejamento. Nesse mesmo ano, a Portaria de Consolidação nº 3/2017 sistematizou as normas relativas às Redes Temáticas de Atenção, como a Rede Cegonha e a Rede de Atenção Psicossocial, reforçando a integração assistencial no território.

Em 2018, a Resolução CIT nº 37 disciplinou o processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização das Macrorregiões de Saúde, definindo-as como espaços regionais ampliados essenciais para assegurar a resolutividade das Redes de Atenção à Saúde

(RAS). Posteriormente, a Resolução de Consolidação nº 01 da CIT/2021 reafirmou e atualizou essas diretrizes e critérios para a Regionalização e o PRI, mantendo o foco contínuo na governança das RAS e na centralidade da Macrorregião de Saúde.

Apesar desse conjunto de atos normativos, a implementação da regionalização permanece atravessada por múltiplos obstáculos, decorrentes dos condicionantes próprios do contexto brasileiro. Trata-se de um processo multifacetado, que exige análise em diferentes planos, nacional, estadual e regional, que é determinado por diversas escalas de influência. Fatores histórico-estruturais, como a dinâmica socioeconômica e a infraestrutura disponível, articulam-se a condicionantes político-institucionais, como o legado de políticas preexistentes e a cultura de negociação intergovernamental, moldando diretamente os rumos da regionalização. Soma-se a isso a profunda diversidade e desigualdade territorial do país, no qual regiões de alta concentração populacional coexistem com áreas de baixa densidade e extensos "vazios assistenciais", impondo desafios à organização dos serviços e à capacidade de oferta dos municípios e estados (Viana; Lima, 2011).

Lima *et al.* (2012) aprofundam a compreensão desses condicionantes ao sintetizá-los em três dimensões centrais: contexto, direcionalidade e características da regionalização. O contexto envolve fatores histórico-estruturais (história de conformação do Estado, dinâmicas socioeconômicas e características geopolíticas), político-institucionais (trajetória da política de saúde e funcionamento das instituições) e conjunturais (prioridade dada pelos governos e perfil dos dirigentes de saúde). A direcionalidade refere-se às ideologias, aos objetos, aos atores, às estratégias e aos instrumentos que orientam o processo de regionalização.

Já as características da regionalização são analisadas a partir da institucionalidade e da governança. Nesse sentido, os autores esclarecem que:

> Uma determinada institucionalidade da regionalização no plano estadual é conformada pela existência de recursos, incentivos, normas e construções cognitivas que integram o processo regulatório dessa política. A noção de institucionalidade também está relacionada à trajetória da regionalização e aos elementos (conteúdo) levados em consideração no desenho das regiões de saúde no estado. A governança da regionalização é determinada pela estabilidade do quadro institucional, pela abrangência dos atores, pelo tipo de relações estabelecidas entre governos e entre as organizações responsáveis pela condução do processo, sendo possível (ou não) estabelecer uma direção voltada para a consecução de objetivos e metas acordadas entre eles (Lima et al., 2012, p. 2885).

Portanto, verifica-se que a regionalização da saúde configura-se como um processo multifacetado em curso, influenciado por condicionantes normativos, políticos e organizacionais que expressam as dinâmicas do federalismo brasileiro. Ademais, o federalismo

brasileiro, embora apresente características centralizadoras em determinados aspectos, frequentemente falha em produzir uma coordenação local suficientemente robusta para enfrentar as profundas desigualdades regionais (Ribeiro *et al.*, 2018).

Quando adequadamente implementada, a regionalização potencializa a cooperação interfederativa e viabiliza o uso racional e compartilhado dos recursos, contribuindo para evitar a duplicidade de investimentos e a ociosidade da capacidade instalada (Carneiro *et al*., 2014). Para que esse potencial seja efetivado, é fundamental o fortalecimento das capacidades de planejamento, regulação e financiamento da saúde em nível regional. Nesse sentido, Viana e Lima (2011) destacam a centralidade do protagonismo dos governos estaduais e da consolidação de uma lógica pública orientada pelas necessidades da população, capaz de articular políticas de saúde e desenvolvimento regional.

Dessa forma, a regionalização da saúde no Brasil configura um processo técnico-político complexo e dinâmico, sustentado por um conjunto de normativas que buscam seu constante aprimoramento e a compatibilização entre a autonomia federativa e a coordenação nacional do SUS. Contudo, persistem desafios intrínsecos à heterogeneidade territorial e às assimetrias de capacidade entre os entes, exigindo o contínuo fortalecimento dos mecanismos de cooperação e gestão compartilhada para assegurar integralidade e equidade na atenção à saúde da população.

Nesse cenário de fragmentação federativa e buscando mitigar as limitações da gestão municipal isolada, os CPS despontam como uma inovação institucional. Os consórcios representam arranjos cooperativos nos quais múltiplos entes federativos (predominantemente municípios, com eventual participação dos estados) se associam voluntariamente para a prestação conjunta de serviços de saúde de interesse comum (Borges *et al.*, 2022; Lui; Schabbach; Nora 2020). Sua emergência, inclusive, remonta à década de 1980, motivada pela necessidade de cooperação regional para suprir carências locais, antecedendo a própria institucionalização plena do SUS (Ribeiro; Costa, 1999; Neves; Ribeiro, 2006). A próxima seção aprofundará a análise desses consórcios, explorando sua evolução normativa, sua difusão e suas configurações.

2.2 OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O fortalecimento da cooperação intermunicipal como estratégia de gestão pública em saúde tem ganhado centralidade nas últimas décadas, especialmente por meio da constituição dos CPIS. Diante disso, essa seção tem por objetivo investigar a trajetória desses consórcios no Brasil, considerando sua evolução normativas, seu processo difusão e configurações que trouxeram a eles distintos papéis.

2.2.1 A evolução normativa dos Consórcios Públicos de Saúde

A ideia de associação e cooperação entre entes governamentais no Brasil antecede a Constituição Federal de 1988, mostrando uma trajetória histórica de busca por formas de articulação interfederativa. Desde o final do século XIX, já se observava a intenção de buscar mecanismos que permitissem a atuação conjunta entre diferentes níveis de governo, com vistas à melhor gestão das demandas públicas.

Conforme destaca Baldiserra (2015), a Constituição de 1891 já autorizava os Estados a regulamentar formas de associativismo, ainda que os municípios figurassem apenas como unidades administrativas estaduais. Essa previsão evidencia que a cooperação intergovernamental não era um tema novo, mas um movimento que acompanhava a formação do Estado brasileiro. A Constituição de 1937 manteve essa possibilidade, embora com pouca efetividade prática, dado o contexto centralizador do período. Somente com a Constituição de 1946 a cooperação federativa foi retomada, abrindo caminho para que, nas décadas seguintes, o Governo Federal buscasse regulamentar experiências de associação entre entes subnacionais.

Assim, a partir das décadas de 1960 e 1970, esse movimento inspirou a criação de instrumentos institucionais de cooperação, entre os quais se destacam os consórcios públicos. Na política de saúde, os consórcios intermunicipais de saúde emergiram como expressões concretas dessa cooperação federativa, especialmente a partir da década de 1980, mesmo antes à institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Impulsionados pela necessidade de suprir carências locais e otimizar recursos regionais, esses arranjos buscaram fortalecer a oferta conjunta de serviços de saúde. No contexto das discussões do MRS, o estado de São Paulo destacou-se como pioneiro na implantação desses arranjos, com a criação do Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Regional de São João da Boa Vista (CODERG), em Divinolândia, em 1985, e, em seguida, do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis (CISA), em 1986 (Lima, 2020).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 constituiu uma importante oportunidade para a reorganização do federalismo brasileiro. Ao promover a descentralização do poder e reconhecer municípios e estados como entes federativos, a Constituição os incorporou ao Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo-lhes protagonismo na implementação das políticas públicas. Além disso, ao estabelecer os princípios da regionalização e da hierarquização, definiu fundamentos para a organização de uma rede articulada de serviços e favoreceu o desenvolvimento de arranjos cooperativos de gestão associada.

O Artigo 198 determina que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, orientada pela descentralização e pela integralidade do cuidado. Adicionalmente, a previsão para disciplinar os consórcios públicos como instrumentos de gestão associada de serviços públicos entre entes federados foi formalmente introduzida na CF pela Emenda Constitucional nº 19/1998, onde estabeleceu que:

> Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos" (BRASIL, 1998, [n.p]).

A Lei Federal nº 8.080, de 1990, ao trazer seus princípios organizativos, reconhece a possibilidade de cooperação federativa para sua efetivação. Em seu artigo 7º, inciso XI, a norma estabelece como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação dos serviços de assistência à saúde da população". Mais adiante, no artigo 10º, reforça essa orientação ao dispor que "os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam" (Brasil, 1990, [n.p.]).

Além disso, a Lei Federal n° 8.142, de 1990, que estabelece diretrizes sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, também explicita a possibilidade de participação dos municípios em consórcios. Em seu artigo 3º, parágrafo 3º, a lei define que "os municípios poderão estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos [...]" (Brasil, 1990, [n.p])

Dessa maneira, já no início dos anos 1990 havia respaldo normativo para que os arranjos cooperativos intermunicipais de saúde atuassem no SUS, integrando esforços e recursos na gestão regionalizada da saúde, em consonância com as diretrizes do SUS. Assim, o surgimento

dos consórcios demonstrou o potencial da ação coletiva entre municípios para ampliar a eficiência, a equidade e a capacidade de resposta regional no atendimento em saúde (Ribeiro; Costa, 1999; Neves; Ribeiro, 2006; Rocha, 2016; Flexa; Barbastefano, 2020; Andrade *et al*., 2022).

Nessa década num processo de municipalização normatizado pelas publicações das NOBs e com a necessidade de entregar os serviços à população é que temos a primeira onda de difusão dos consórcios intermunicipais de saúde. Essa rápida expansão pode ser entendida como um efeito de percurso, em que a institucionalização normativa incentivou fortemente a adesão.

Estudos indicam que 95% dos consórcios em funcionamento no final dos anos 1990 foram criados após a Constituição de 1988, evidenciando o impacto direto do novo arranjo federativo descentralizado na difusão dessa ferramenta de gestão (Ribeiro; Costa, 1999; Lima, 2006; Rocha, 2016). Esse movimento de proliferação atingiu seu ápice em meados da década, com 70% dos consórcios do Brasil sendo implementados nos anos de 1995 e 1996. O caso de Minas Gerais ilustra essa expansão acelerada, em que o estado chegou a formar 28 consórcios em apenas nove meses em 1995, totalizando 52 consórcios entre 1995 e 1997 (Lima, 2000).

Nas regiões Sul e Sudeste, caracterizadas por sua maior urbanização e um número expressivo de pequenos municípios, também houve uma intensa formação de consórcios intermunicipais. Esses arranjos visavam o compartilhamento de recursos e a oferta de serviços de média complexidade, contando, em muitos casos, com apoio de políticas estaduais voltadas ao fortalecimento da regionalização da saúde. A adesão municipal expressiva sugere que a combinação entre incentivos institucionais e necessidades assistenciais locais contribuiu para a consolidação dos consórcios como estratégia de organização regional da atenção à saúde, criando um ambiente favorável à sua expansão e institucionalização.

No Paraná, a formação dos consórcios teve características particulares, fortemente influenciadas pelo contexto político-institucional e pela organização da rede estadual de serviços. Os antecedentes desse movimento remontam à reformulação da Secretaria de Estado da Saúde no final da década de 1980, quando houve a municipalização da atenção básica e a criação de Centros de Referência Especializados (CRE) sob gestão estadual. Contudo, esse modelo de serviço (CRE) entra em crise no início da década de 1990, em razão da insuficiência de investimentos, da carência de profissionais e da dificuldade de reposição de insumos, gerando insatisfação entre gestores municipais e próprios diretores regionais. Assim, os consórcios foram assumindo os serviços e em final de 1996 já tinha 16 consórcios de saúde constituído no estado (Bertone, 1996).

Nesse cenário, no ano de 1997, o Ministério da Saúde publicou um manual intitulado "*O consórcio e a gestão municipal em saúde*", onde apresenta como deve ser feita a organização dos consórcios, sua estrutura e seu financiamento. Esse material pontua os consórcios como uma associação de caráter suprapartidário, desvinculada de interesses políticos específicos, e operam como uma organização sem fins lucrativos**.** Abordando-o como instrumento estratégico que permite aos municípios a maximização de recursos financeiros, humanos e materiais, especialmente para pequenas localidades, através da partilha de custos e otimização de investimentos para ampliação de acesso**.**

Para além de uma simples junção de municípios, o consórcio possui uma definição clara e um propósito bem delineado, que o manual de 1997 explica de forma muito didática:

> Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns (Brasil, 1997, p.7).

Com a expansão significativa dos consórcios, em 2005, tivemos a sanção da Lei Federal n° 11.107, conhecida como Lei dos Consórcios, a qual representou um ponto de inflexão jurídico-institucional, visto que ela conferiu personalidade jurídica aos consórcios públicos, definiu regras de governança, prestação de contas, disciplinou a gestão compartilhada de recursos e pessoal, e a insegurança jurídica que antes cercava esses arranjos foi superada, abrindo caminho para uma expansão mais estruturada e estável dos consórcios em todo o país (Carvalho Filho, 2009).

Essa medida criou um *path dependence* significativo, onde as decisões iniciais de formalização abriram ou fecharam caminhos para a organização futura, moldando a trajetória desses arranjos. Baldissera (2015, p. 11) aborda essa Lei como "um divisor de águas para a realidade destes instrumentos de cooperação, representando um marco legal dos Consórcios, cujos impactos positivos na efetividade da aplicação de recursos públicos são reconhecidos desde então".

A Lei dos Consórcios, conta com apenas 21 artigos, e estabelece as normas gerais para a contratação de consórcios públicos, definindo-os como pessoas jurídicas constituídas exclusivamente por entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) com a finalidade de cooperação federativa. Ela prevê duas formas de constituição para os consórcios públicos: como associação pública ou associação civil. A associação pública, que representa a forma mais comum para os consórcios públicos, adquire personalidade jurídica de direito público, integrando a administração indireta de todos os entes consorciados. Nesse formato, o

consórcio público se configura como uma autarquia interfederativa, uma vez que pertence simultaneamente às administrações indiretas de mais de um ente federado. Por outro lado, a associação civil possui personalidade jurídica de direito privado e segue as regras da legislação civil. Contudo, independentemente da sua natureza jurídica, os consórcios públicos estão sempre sujeitos às normas de direito público no que tange à licitações e contratos, à prestação de contas, e à admissão de pessoal sob o regime da CLT (Brasil, 2005).

A formalização de um consórcio público inicia-se com a elaboração de um protocolo de intenções, que deve ser aprovado por meio de lei individual em cada um dos entes federados interessados em participar. Após a ratificação, este protocolo de intenções converte-se no Contrato de Consórcio Público, que, uma vez publicado em diário oficial, adquire validade legal. Cada ente consorciado, portanto, precisa de uma lei específica para autorizar sua participação e a celebração desse contrato (Brasil, 2005).

O protocolo de intenções deve detalhar diversas cláusulas essenciais para a governança e operação do consórcio, incluindo: sua denominação, finalidade, prazo de duração e sede; a clara identificação dos entes consorciados e a indicação da área territorial de atuação; a previsão da forma jurídica (associação pública ou civil); e normas detalhadas sobre a Assembleia Geral. Esta última é a instância máxima de decisão, e suas regras de convocação, funcionamento, número de votos para deliberações (assegurando um voto a cada consorciado) e procedimentos para elaboração e modificação do estatuto devem estar explícitos (Brasil, 2005).

Adicionalmente, o protocolo define os critérios para a representação dos consorciados, o mandato do representante legal (incluindo sua forma de eleição, prazo e a obrigatoriedade de ser um chefe do poder executivo de um dos entes), a quantidade, forma de provimento e remuneração dos empregados públicos, as condições para a celebração de contrato de gestão, e a autorização para gestão associada de serviços públicos. Esta autorização deve especificar os serviços e áreas de prestação, as competências transferidas ao consórcio, a permissão para licitar ou outorgar concessões e permissões, as condições para elaborar contratos de programas, e os critérios técnicos para o estabelecimento, reajuste e revisão de tarifas e preços públicos.

Em 2007, a Lei dos Consórcios é regulamentada pelo Decreto nº 6.017, o qual introduz um novo conceito: contrato de rateio. Trata-se de um instrumento pelo qual os entes consorciados se comprometem a fornecer os recursos financeiros necessários ao consórcio público para a cobertura de suas despesas. Este contrato deve ser formalizado anualmente, com prazo não superior ao das dotações orçamentárias que o suportam, exceto quando seu objeto envolver programas e ações contemplados em planos plurianuais, ou a gestão associada de serviços custeados por tarifas ou preços públicos (Brasil, 2007).

Assim, a Lei n° 11.107/2005 e seu decreto, impulsionaram mudanças expressivas na configuração e atuação dos consórcios de saúde, como demonstram Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017), Silva *et al.* (2017) e Lui, Schabbach e Nora (2020). Essas transformações impactaram seu papel e forma de atuação, consolidando um novo patamar de institucionalização. As autoras Lima e Andrade (2023) referem que as principais transformações incluem a implementação ou aprimoramento de instrumentos de gestão como contratos, estatutos e regimentos internos, a criação de novos programas, projetos e serviços de saúde bem como a expansão dos serviços internos nas áreas de controle, assessoria jurídica, contabilidade e ouvidoria. Além disso, muitos CPIS fortaleceram suas áreas de licitação, compras, distribuição e almoxarifado e implementaram sistemas de informação próprios.

Nesse sentido, a partir de atos normativos da União, observa-se um movimento contínuo de aprimoramento técnico-administrativo, jurídico e político desse arranjo de cooperação federativa, que se tornou parte integrante da rede de cuidados. O fortalecimento institucional pós-Lei dos Consórcios gerou *increasing returns*, incentivando mais municípios a aderirem devido à maior segurança jurídica e operacional.

Estudos recentes demonstram que o Brasil atualmente possui 297 Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (CPIS), distribuídos em 22 estados, além do Distrito Federal. A participação municipal nesses consórcios tem crescido significativamente: se em 2005 cerca de 45% dos municípios do país já participavam de algum consórcio de saúde, em 2023 esse percentual alcançou 67,6%. A maior adesão de municípios em CPIS encontra-se na Região Sul do Brasil, com 92% de seus municípios inseridos, seguida pela Região Sudeste, que apresenta 80,5% de municípios atuando em consórcios sanitários. Os estados de Minas Gerais e Paraná são notáveis, com mais de 99% de seus municípios consorciados (Andrade; Lima, 2023; Flexa; Barbastefano, 2020).

O Ceará destaca-se como o primeiro estado brasileiro a instituir formalmente consórcios públicos de saúde, por meio da Lei Estadual nº 14.026, de 17 de dezembro de 2007, editada em conformidade com a Lei Federal nº 11.107/2005 e o Decreto Federal nº 6.017/2007. Essa legislação regulamentou a constituição de consórcios interfederativos com participação do Estado e dos municípios, viabilizando a implantação de Policlínicas Regionais e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em todas as regiões de saúde. O modelo cearense representou uma inovação ao integrar o Estado na governança e no cofinanciamento, fortalecendo a regionalização, promovendo a interiorização dos serviços de média complexidade e ampliando o acesso da população à atenção especializada. Sua efetividade

transformou-se em referência nacional, inspirando a adoção de experiências semelhantes em outros estados brasileiros (Julião; Olivere, 2020).

Seguindo essa mesma trajetória, com a promulgação da Lei Estadual nº 13.374, de 22 de setembro de 2015, o governo baiano também regulamentou a participação estadual nos Consórcios Interfederativos de Saúde. Essa normativa consolidou um arranjo de gestão compartilhada entre o Estado e os municípios, com foco na ampliação da regionalização e na qualificação da atenção especializada. O modelo baiano se destacou por institucionalizar uma estrutura interfederativa que integra a governança estadual e municipal, assegurando cofinanciamento, planejamento regional e a implantação de policlínicas regionais de saúde como unidades de referência na RAS (Almeida *et al.,* 2022).

Contudo, mesmo em um cenário marcado pela existência de atos normativos de natureza jurídica que regulamentavam a atuação consorciada, ainda eram incipientes as normas que tratavam especificamente dos consórcios no âmbito do SUS. Nesse contexto, a partir de um processo articulado por associações representativas de consórcios de saúde de estados como Bahia, Paraná, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com o apoio da Rede Nacional dos Consórcios Públicos (RNCP), constituiu-se uma arena intensa de debates envolvendo o CONASS e o CONASEMS sobre o papel, a inserção e os limites institucionais dos consórcios na gestão do sistema. Após esse processo de negociação e disputa interpretativa, foi publicada, em 2022, a Portaria GM/MS nº 2.905, que consolidou diretrizes voltadas ao fortalecimento institucional e à integração dos consórcios públicos na gestão do Sistema Único de Saúde.

Esta portaria representa um avanço na consolidação regulatória dos consórcios de saúde, visto que dispõe sobre suas diretrizes e aspectos operacionais, buscando normatizar e aprimorar a atuação da ação consorciada, reforçando a necessidade de os consórcios públicos de saúde observarem os princípios que regulam o SUS, bem como as diretrizes e normas do sistema:

> Art. 101-B. Os consórcios públicos, no âmbito do SUS, devem observar, dentre outros elementos:
>
> I - os princípios que regulam o SUS, tais como o da equidade, da integralidade e da universalidade;
> II - as diretrizes e normas que regulam o SUS, especialmente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;
> III - os princípios que regem a administração pública, tais como a legalidade, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade e a eficiência;
> IV - as normas referentes aos consórcios públicos em geral, notadamente a Lei nº 11.107, 6 de abril de 2005, e o Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, no que couber (Brasil, 2022, [n.p]).

Adicionalmente, a Portaria estabelece que os consórcios podem executar ações e serviços de saúde, firmar convênios e acordos, e receber auxílios, sempre vedando a cobrança aos usuários e submetendo-se à atuação dos gestores locais. Além disso, traz diretrizes essenciais para a constituição e organização dos consórcios, visando o fortalecimento das relações de cooperação federativa e a organização das RAS. Busca-se, assim, melhorar a articulação e coordenação entre os entes federados para otimizar a oferta de serviços com ganhos de escala e eficiência, bem como a observância aos pactos firmados no Planejamento Regional Integrado (PRI). Em relação ao registro das ações de saúde, a Portaria inova ao prever a obrigatoriedade de registrar a produção ambulatorial e hospitalar financiada por intermédio do consórcio no Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA).

No entanto, embora essa Portaria represente um avanço sem precedentes na história para a organização dos consórcios de saúde no Brasil, ainda há pontos de tensão. Nesse cenário, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) publicou a Nota Técnica nº 26/2022, onde lamenta, por exemplo, que o registro no CIHA "não será utilizado para compor estatísticas nacionais em saúde, as quais serão baseadas nos registros no SIA-SUS e do SIH-SUS, inclusive quanto à série histórica" (CNM, 2022, *p. 4*), evidenciando assim que a produção de serviços pela ação consorciada não será visualizada por sistema oficiais da União, sendo uma parte do SUS invisível.

Além disso, a utilização da CIHA reforça um paradoxo. A CIHA foi instituída pela Portaria GM/MS nº 221, de 24 de março de 1999, com o objetivo de operacionalizar a obrigatoriedade de envio, ao Ministério da Saúde, das informações relativas a internações e atendimentos ambulatoriais não SUS, realizados por estabelecimentos privados ou filantrópicos. Ao determinar que os CPS passem a alimentar esse sistema, o marco normativo recente tensiona a natureza jurídica desses arranjos, ao inseri-los em um dispositivo originalmente concebido para o setor privado, o que, em certa medida, reatualiza ambiguidades já enfrentadas anteriormente à Lei nº 11.107/2005, quando os consórcios eram frequentemente assimilados à lógica das associações privadas, e não plenamente reconhecidos como associações públicas integrantes da administração indireta.

A CNM destaca que essa limitação impede o reconhecimento adequado da expressiva e crescente atuação dos consórcios nas estatísticas nacionais, o que pode manter uma visão míope sobre as estratégias de financiamento e operacionalização em nível local. Além disso, a Portaria ainda não soluciona plenamente o reconhecimento do consórcio no sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, especialmente para aqueles que atuam apenas com

contratação de terceiros. Apesar desses desafios, a Portaria GM/MS nº 2.905/2022 é um reforço ao *path dependence* estabelecido pela Lei dos Consórcios, evidenciando a crescente institucionalização.

A partir da articulação dos atos normativos presentes nessa seção e da análise do federalismo sanitário brasileiro verificamos um conjunto de marcos históricos que reconhecem e regulamentam o papel dos consórcios como atores necessários para a efetivação dos princípios do SUS.

2.2.2. A difusão e configurações dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil

A ampla difusão e adoção dos CPS no Brasil é um fenômeno multifacetado, explicado tanto por incentivos estruturais quanto por mecanismos de aprendizado social, conforme os elementos do institucionalismo histórico. As transformações organizacionais observadas nesse período refletem a evolução do marco legal e de respostas às demandas do sistema de saúde, moldando as diferentes configurações e dinâmicas federativas.

O primeiro aspecto é que a fragilidade fiscal e administrativa de grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os de pequeno porte, funcionou como um forte incentivo para a cooperação. Essa necessidade de buscar parcerias intermunicipais na provisão de serviços de saúde, compartilhando custos, é um mecanismo autorreforçador. Estudos apontam que municípios com baixa capacidade financeira e população pequena têm propensão significativamente maior a aderir a consórcios, como estratégia de superar isoladamente suas limitações na oferta de serviços de saúde especializados (Cruz, 2001; Pereira; Moreira, 2016). Essa busca por economias de escala e escopo é um motivador, permitindo a aquisição de insumos e a contratação de serviços com maior poder de barganha e menor custo unitário (Lui; Lima; Aguiar, 2022).

Em segundo lugar, houve um processo de difusão horizontal desses arranjos: experiências bem-sucedidas de consórcios em alguns estados influenciaram positivamente outros municípios e governos estaduais, fomentando a imitação institucional e a troca de modelos administrativos (Flexa; Barbastefano, 2020). Além disso, a atuação de técnicos e gestores públicos foi importante na formação e propagação dos consórcios, articulando atores e recursos para institucionalizar a cooperação regional em saúde (Abrucio *et al.,* 2013; Fernandes *et al*., 2020). Assim, ao longo de três décadas e meia, os CPS se disseminaram, moldados por um contexto de descentralização federativa e pela necessidade de soluções

cooperativas para os desafios históricos de implementação do SUS em um país com grandes disparidades regionais.

Contudo, estudo de Ribeiro e Costa (2000) ilustram essa dinâmica de difusão e os desafios da sustentabilidade ao mencionar experiência de consórcios de saúde com resultados distintos, que demonstram a variável do apoio político. No Estado de Minas Gerais, por exemplo, diversos consórcios instituídos na década de 1980, e que inicialmente contaram com apoio estadual, diluíram-se após mudanças de governos e de prioridades políticas. Esse fato reflete as fragilidades institucionais que podem levar à descontinuidade ou enfraquecimento de arranjos cooperativos quando não há sustentação política ou administrativa contínua.

Estudos demonstram que o surgimento de diversos CIS no Paraná, especialmente no final de 1994, teve um forte componente político-eleitoral motivado pela vitória da oposição no governo estadual. Diante desse cenário, muitos diretores de Regionais de Saúde, buscando garantir seus próprios espaços de poder, articularam a formação dessas entidades "a toque de caixa". A estratégia consistia em fazer com que esses diretores assumissem a coordenação do consórcio, criando um espaço de poder concorrente com a própria Regional de Saúde do Estado. Esse movimento revela que a formação dos consórcios esteve marcada por tensões entre dimensões técnicas e políticas, evidenciando que esses arranjos não se configuram apenas como instrumentos de gestão, mas também como arenas de disputa e reorganização institucional no âmbito regional (Bertone, 1996).

Por outro lado, o já mencionado Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (CISA), criado em 1986 no estado de São Paulo, representa um exemplo duradouro de cooperação intermunicipal. Seu surgimento foi incentivado pelo governo estadual, com apoio de uma linha de financiamento do BNDES, e sua continuidade após o encerramento dos investimentos, evidencia uma forte continuidade política e administrativa, bem como uma estrutura já incorporada no cotidiano dos municípios para gestão compartilhada em saúde (Ribeiro; Costa, 2000; Neves; Ribeiro, 2006).

Essa difusão motivada por elementos de cooperação federativa foi acompanhada por significativas transformações nos consórcios intermunicipais de saúde desde sua concepção ao amadurecimento de seus conceitos. Essas mudanças refletem a capacidade de adaptação dos atores federativos frente à evolução do marco legal e às demandas inerentes do sistema de saúde.

Nesse contexto, os CPIS se consolidaram como mecanismos de cooperação intermunicipal que surgem para solucionar as deficiências de escala, capacidade técnica e financeira dos municípios, principalmente os de pequeno porte, no contexto de um federalismo

fragmentado. Andrade *et al*. (2022) e Lui, Lima e Aguiar (2022) posicionam o consórcio de saúde como um arranjo institucional essencial para a regionalização, atuando como articulador da gestão municipal e um recurso administrativo e político que aumenta a capacidade dos municípios de resolver problemas comuns sem perder autonomia. Corroborando essa perspectiva, Lui, Lima e Aguiar (2022), descrevem-nos como uma resposta institucional à fragmentação federativa e às fragilidades municipais, funcionando como um instrumento de agregação de interesses e aglutinação de esforços para demandas comuns, com resultados funcionais que incluem ganhos de escala na compra de medicamentos e a realização de projetos regionais.

Um aspecto fundamental da mudança refere-se à natureza jurídica e à forma de constituição dos consórcios. Antes de 2005, muitos operavam de maneira informal ou por convênios, necessitando de personalidade jurídica própria. Essa ausência de formalização frequentemente levava à criação de associações civis privadas para gerir os recursos, resultando em arranjos administrativos menos estáveis e dependentes de altos níveis de confiança mútua entre os municípios (Caldas, 2007).

Assim, a Lei 11.107/2005, introduziu um novo modelo organizacional. A maioria dos consórcios passou a se constituir como consórcio público de direito público, equivalente a uma pessoa jurídica pública e espécie de autarquia (Brasil, 2005; Strelec; Fonseca, 2011). Essa formalização conferiu-lhes CNPJ próprio, capacidade de celebrar contratos, realizar licitações e gerir pessoal conforme as regras públicas, elevando a institucionalidade e segurança jurídica.

Por outro lado, os consórcios constituídos sob personalidade jurídica de direito privado, embora contem com maior flexibilidade administrativa, podem enfrentar desafios institucionais. Entre eles, destacam-se maiores exigências para firmar parcerias com entes públicos, dificuldades no acesso a transferências voluntárias e maior necessidade de adequação aos mecanismos de controle. Além disso, a flexibilidade administrativa pode tensionar a observância dos princípios da administração pública, demandando estruturas de governança mais robustas.

Outra importante diferenciação de modelos está na composição federativa dos consórcios, distinguindo os horizontais dos verticais. Tradicionalmente, os consórcios intermunicipais eram arranjos horizontais, envolvendo exclusivamente o ente municipal com objetivos comuns. Esse modelo predominou nas décadas de 1980 e 1990, mostrando-se eficaz para a cooperação local (Neves; Ribeiro, 2006).

A partir dos anos 2010, emergiu uma formação de consórcios de saúde de caráter interfederativo, os consórcios verticais, nos quais o governo estadual também integra

formalmente o consórcio ao lado dos municípios, tendo como pioneiro o Ceara, e na sequência a Bahia. Esses consórcios verticais representam um modelo organizacional distinto, no qual há uma coordenação maior por parte do ente estadual, o qual coloca recursos de capital (equipamentos, infraestrutura) e participação no custeio, e os municípios participam ativamente da gestão através de colegiados, porém com amparo de uma coordenação regional alinhada à política estadual de saúde (Julião; Olivieri, 2020; Almeida *et al.,* 2022).

A sobreposição do desenho dos consórcios com a estrutura regional do SUS (regiões de saúde) é uma característica marcante desse modelo, favorecendo a integração vertical das ações e a superação de lacunas deixadas pela descentralização excessivamente fragmentada (Julião; Olivieri, 2020). Em síntese, se no modelo horizontal tradicional os consórcios eram expressão da autonomia municipal compartilhada, no modelo vertical eles se configuram mais como parcerias intergovernamentais coordenadas, unindo esforços financeiros e administrativos de múltiplos níveis federativos.

No tocante às funções e escopo de atuação, os CPS apresentam variações em seus modelos ao longo do tempo. Inicialmente, muitos deles concentraram-se na oferta compartilhada de serviços de média complexidade ambulatorial, como consultas especializadas, exames diagnósticos e pequenas cirurgias, por meio da criação de policlínicas regionais ou centros de especialidades mantidos coletivamente, como caso do CISA de Penápolis, no estado de São Paulo (Neves; Ribeiro, 2006). Nessa mesma direção, os autores Oliveira *et al.* (2022) descrevem a experiência da Bahia, a qual dispõe de 23 CIS implantados, todos possuindo como objeto de atuação as Policlínicas de Especialidades, à exceção do CIS Nordeste II que, para além da policlínica, teve o seu escopo de atuação ampliado desde sua inauguração e, em 2017, passou a gerir também a atenção especializada hospitalar.

Embora a configuração inicial se estruturasse a partir de policlínicas como instrumento de cooperação intermunicipal, experiências como a do CIS Nordeste II evidenciam um processo de diversidade papeis assumidos pelos consórcios, em respostas às demandas e especificidades regionais. Paralelamente, surgiram consórcios especializado, voltados para funções específicas. Um exemplo é o Consórcio Paraná Saúde, que se dedica exclusivamente à aquisição de medicamentos em larga escala para distribuição aos municípios, alcançando ganhos de economia de escala e maior profissionalização das compras públicas (Rocha, 2016). De modo semelhante, foram criados consórcios intermunicipais destinados exclusivamente à gestão de serviços de urgência e emergência ou à operação de laboratórios regionais de saúde pública, entre outras finalidades especializadas (Machado; Andrade, 2014; Almeida *et al*., 2022).

Dessa forma, observa-se a coexistência de modelos de consórcios multifuncionais, que abarcam diversas frentes da atenção à saúde regional, e de modelos monofuncionais, voltados a um único eixo de serviço. Essa diversidade expressa a flexibilidade da ação consorciada que é capaz de se adaptar às necessidades e características de cada território. Assim, enquanto algumas regiões optaram por consórcios de caráter amplo, abrangendo desde consultas especializadas até transporte sanitário, outras priorizaram arranjos mais pontuais e complementares à rede já existente do SUS (Neves; Ribeiro, 2006; Rocha, 2016).

A ampliação das funções e a diversificação dos modelos consorciais trouxeram consigo novos desafios de gestão e exigiram estruturas administrativas mais sólidas, capazes de garantir os princípios da administração pública e do SUS. Do ponto de vista da governança interna e da sustentabilidade organizacional, os consórcios de saúde também passaram por transformações. Inicialmente, a governança frequentemente dependia de lideranças informais ou do protagonismo de um município-polo, com regras nem sempre formalizadas sobre a tomada de decisão e com pouca participação da comunidade nos rumos do consórcio (Schneider, 2005; Neves; Ribeiro, 2006).

Assim, ao longo de sua trajetória no SUS, a ação consorciada foi progressivamente aperfeiçoada. Os consórcios passaram a adotar modelos de governança robustos, com a instituição de assembleias gerais de prefeitos (instância máxima decisória), conselhos de secretários municipais de saúde para o tratamento de assuntos técnicos, além de conselhos fiscais e mecanismos de prestação de contas periódicos (Brasil, 2005; Carvalho Filho, 2009).

Além do fortalecimento da governança interna, buscou-se integrar os consórcios ao no processo do planejamento do SUS, alinhando suas ações às diretrizes das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e às pactuações interfederativas. Essa vinculação ampliou sua legitimidade institucional e favoreceu maior integração na RAS (Machado; Andrade, 2014). A participação do controle social, embora ainda um desafio, vem sendo gradualmente incorporada, por exemplo, com a inclusão de representantes de usuários ou de conselhos municipais de saúde em comitês consultivos, especialmente nos modelos interfederativos mais recentes (Almeida et al., 2022). Esses aprimoramentos organizacionais visam não apenas fortalecer a *accountability* democrática desses arranjos, mas também consolidar sua estabilidade institucional ao longo do tempo.

Neves e Ribeiro (2006) pontua que um aspecto revelador das transformações organizativas dos consórcios é a diferença em sua longevidade e estabilidade. Enquanto algumas iniciativas consorciadas mostraram-se frágeis e de curta duração dissolvendo-se após poucos anos devido a conflitos políticos, inadimplência financeira de membros ou mudança de

prioridades dos gestores, possui outros consórcios que vêm se mantendo ativos e eficazes há décadas.

A literatura aponta que fatores como coesão interna, equilíbrio na distribuição de custos e benefícios, e autonomia institucional são determinantes para a perenidade dos consórcios. Experiências bem-sucedidas costumam instituir mecanismos que asseguram maior equidade entre os municípios, como critérios proporcionais de contribuição financeira e de acesso aos serviços, evitando a percepção de injustiça que poderia levar à retirada de membros (Neves; Ribeiro, 2006).

Consórcios duradouros buscam profissionalizar sua gestão, contratando gestores técnicos em vez de adotar o rodízio político e a diversificar suas fontes de financiamento, recorrendo a recursos estaduais e federais, emendas parlamentares e outras modalidades de cooperação intergovernamental. Essas estratégias contribuem para reduzir a vulnerabilidade orçamentária e fortalecer a capacidade de gestão (Schneider, 2005; Cruz *et al*., 2009). Além disso, a Lei dos consórcios também trouxe um avanço importante nesse sentido, ao fornecer instrumentos jurídicos para a cobrança de contribuições atrasadas, a responsabilização dos entes consorciados e a formalização de convênios de repasse com a União e os estados (Strelec; Fonseca, 2011).

Dessa forma, a organização interna dos consórcios evoluiu no sentido de combinar maior solidez administrativa, segurança jurídica e equilíbrio político-financeiro, elementos que têm se mostrado decisivos para a sua continuidade e efetividade como instrumentos de gestão regional no SUS.

2.2.3 O papel dos Consórcios Públicos de Saúde como arranjo federativo de cooperação

Os consórcios intermunicipais de saúde consolidaram-se como um arranjo federativo de cooperação essencial, remodelando as relações intergovernamentais no Brasil. Em um país com um federalismo tripartite e elevado grau de autonomia municipal, os consórcios representam uma inovação institucional que reforça o modelo de federalismo cooperativo preconizado na Constituição de 1988 (Arretche, 2010).

Diferentemente de arranjos hierárquicos ou impositivos, os consórcios são baseados na adesão voluntária e na ação coletiva entre entes federados, construindo redes federativas horizontais que permitem enfrentar problemas comuns de maneira integrada (Abrucio; Soares, 2001; Fernandes *et al.,* 2020). Nesse sentido, funcionam como mecanismos de coordenação intergovernamental “de baixo para cima”, a partir de iniciativas autônomas de municípios (às

vezes com participação de estados) que, ao se articularem, conseguem contornar em parte os desafios decorrentes da descentralização (Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013).

Estudos destacam que a proliferação de consórcios municipais no Brasil tem atuado como um contrapeso às tendências centralizadoras da União, ao mesmo tempo em que aproxima a gestão das realidades locais sem isolar totalmente os municípios (Arretche, 2010; Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013).

Os CPS materializam, na prática, o princípio da cooperação federativa inscrito no pacto constitucional, configurando-se como instrumentos de gestão associada de serviços públicos de interesse comum (Brasil, 1988). No campo específico da saúde, os consórcios intermunicipais têm se mostrado instrumentos estratégicos para o avanço da regionalização, contribuindo de forma efetiva para a concretização de um dos pilares organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). A regionalização, por sua vez, implica a conformação de redes integradas de atenção à saúde em territórios previamente delimitados, de modo a superar os limites administrativos de cada município isoladamente e assegurar o acesso universal e a integralidade da assistência (Bertone, 1999; Brasil, 1990).

Nesse contexto, os consórcios oferecem uma estrutura institucional capaz de viabilizar a cooperação interfederativa em nível regional, permitindo que municípios planejem de forma conjunta a oferta de serviços e constituam pontos de atenção articulados, de abrangência regional (Neves; Ribeiro, 2006). Na prática, esses arranjos têm possibilitado a instalação e manutenção de equipamentos de saúde de uso compartilhado, como clínicas de especialidades, centros de diagnóstico por imagem e serviços de média e alta complexidade, que seriam inviáveis, do ponto de vista técnico e financeiro, para um único município de pequeno ou médio porte. Dessa forma, os consórcios otimizam recursos, ampliam a capacidade de resposta das redes regionais e fortalecem a lógica territorial que orienta o Sistema Único de Saúde (SUS) (Bertone, 1999; Julião; Olivieri, 2020).

Ao compartilharem recursos humanos, tecnológicos e financeiros, os municípios consorciados geram economias de escala e de escopo, corrigindo as deseconomias decorrentes da pulverização de serviços e evitando duplicações desnecessárias (Lui; Schabbach; Nora, 2020). Assim, os CPS consolidaram-se como peças centrais na arquitetura do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando com as Regiões de Saúde e os Colegiados Intergestores para viabilizar a oferta regionalizada prevista nas normativas nacionais (Neves; Ribeiro, 2006).

Nos estados em que esse modelo se encontra institucionalizado, como Paraná, Ceará, Bahia e Minas Gerais, os consórcios foram incorporados ao próprio mapa da regionalização,

muitas vezes coincidindo com as regiões ou microrregiões de saúde e atuando em consonância com os planos regionais de atenção à saúde (Rocha, 2016; Almeida *et al.,* 2022).

Complementarmente, os CPIS também contribuem para aprofundar a solidariedade federativa e reduzir desigualdades regionais no acesso à saúde. Ao viabilizarem a cooperação, permitem que municípios mais favorecidos ou maiores apoiem, no âmbito do consórcio, aqueles menores e com menos recursos, sem ferir a autonomia local, mas dentro de um pacto acordado de benefícios mútuos (Souza, 2004; Ribeiro; Costa, 1999). Isso é evidente na coesão interna necessária que sustenta consórcios duradouros: todos os participantes precisam perceber ganhos advindos da cooperação, gerando um senso de solidariedade regional (Neves; Ribeiro, 2006).

Portanto, o arranjo consorciado contribui para reduzir desigualdades e fortalecer a equidade territorial, uma vez que municípios antes excluídos de determinados serviços passam a usufruí-los por meio do esforço coletivo. No caso do Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista (BA), por exemplo, a implantação da policlínica consorciada ampliou significativamente o acesso da população dos pequenos municípios a consultas e exames especializados, reduzindo a dependência de serviços privados e descentralizando a oferta antes concentrada no município-sede (Almeida *et al.,* 2022). Esses resultados reforçam a legitimidade dos consórcios como instrumentos cooperativos capazes de promover ganhos de efetividade no SUS e de consolidar vínculos de confiança e aprendizado institucional entre os entes consorciados.

Apesar de suas potencialidades, os consórcios enfrentam desafios enquanto arranjos federativos. Tensões político-institucionais podem emergir entre os entes consorciados, decorrentes de disputas partidárias, mudanças de governo e receios relacionados à perda de autonomia municipal. Em alguns casos, gestores resistem à adesão por temerem a centralização de serviços em outros municípios ou a assunção de compromissos financeiros contínuos, o que evidencia limites à cooperação interfederativa (Rocha, 2016; Almeida *et al.,* 2022).

Além disso, a sustentabilidade desses arranjos depende de mecanismos de governança capazes de assegurar transparência, previsibilidade e equilíbrio entre os entes, bem como de estratégias que reduzam a dependência dos orçamentos municipais, frequentemente restritos (Neves; Ribeiro, 2006; Diniz Filho, 2006; Julião; Olivieri, 2020). Nesse cenário, observa-se também a ampliação da participação dos consórcios no financiamento da atenção especializada, com maior aporte municipal e adoção de valores acima da tabela SUS. Embora essa estratégia amplie o acesso, pode provocar desequilíbrios na oferta de serviços e estimular a

mercantilização e a terceirização, com possíveis impactos na organização regional da atenção (Carvalho; Silva; Nicoletto, 2025).

Ainda, experiências indicam que, quando estruturados por arranjos institucionais sólidos e práticas cooperativas consolidadas, os consórcios tendem a manter sua funcionalidade mesmo diante de mudanças políticas, aproximando-se de políticas de Estado e não apenas de governo (Rocha, 2016; Abrucio *et al.,* 2013).

Assim, a trajetória dos consórcios intermunicipais de saúde demonstra o modo como as escolhas passadas moldam as possibilidades presentes de ação coletiva. As experiências bem-sucedidas de cooperação, criaram um *path dependence* favorável à expansão desses arranjos, gerando efeitos cumulativos e reforços positivos que estimularam a adesão de novos municípios e o apoio dos governos estaduais (Pierson, 2000; Flexa; Barbastefano, 2020). Assim, o aprendizado institucional acumulado e as estruturas criadas ao longo do tempo consolidaram os consórcios como arenas de coordenação federativa inseridas no SUS.

Sob a perspectiva do institucionalismo histórico, os consórcios exemplificam como a ação dos entes subnacionais, diante dos limites da descentralização extrema, produziu mecanismos próprios de recomposição da coordenação intergovernamental, sem suprimir a autonomia local, mas exercendo-a de modo cooperativo e articulado (Souza, 2007; Julião; Olivieri, 2020). Desse modo, os consórcios se afirmam como instituições intermediárias duradouras, capazes de traduzir a lógica federativa brasileira em práticas concretas de planejamento regional e de provisão de serviços de saúde.

Em última instância, a evolução desses arranjos confirma que as instituições são produtos de trajetórias e, uma vez estabelecidas, passam a influenciar o curso das políticas públicas, condicionando e potencializando os resultados presentes. Assim, os consórcios públicos de saúde configuram não apenas uma resposta administrativa a problemas de escala, mas uma expressão histórica de cooperação federativa que continua a moldar o futuro das políticas de saúde no Brasil (Pierson, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (CPIS) e sua interlocução com os princípios organizativos do SUS no estado do Paraná.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as configurações institucionais, escopo de atuação e financiamento dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde do Paraná;
- Compreender o papel dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Paraná e sua integração às dinâmicas territoriais;
- Analisar os desafios e as potencialidades dos CPIS no alcance dos princípios organizativos do SUS no estado do Paraná.

4 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Como o percurso metodológico orienta o caminho da investigação e define os procedimentos, estratégias e etapas adotadas para alcançar os objetivos da pesquisa, foram estruturadas escolhas que assegurassem a coerência entre o problema investigado, os objetivos propostos e as técnicas empregadas, conferindo rigor científico e validade aos resultados.

A presente pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, que busca compreender fenômenos sociais a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, valorizando percepções, interpretações e contextos nos quais as ações ocorrem. Nesse sentido, ela é especialmente adequada quando se pretende analisar processos sociais complexos, que não podem ser plenamente explicados apenas por dados mensuráveis (Minayo, 2010; Gil, 2008).

Conforme destaca Denzin e Lincoln, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que permite examinar os sentidos produzidos nas relações sociais e institucionais. Trata-se de um caminho metodológico voltado à compreensão aprofundada do objeto, privilegiando a riqueza das narrativas e das interações em vez da generalização estatística (Denzin; Lincoln, 2018; Minayo, 2010).

Assim, a abordagem qualitativa se justifica por sua capacidade de mergulhar no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, atingindo um nível da realidade social que não pode ser quantificado ou reduzido à mera operacionalização de variáveis. Por ser o objeto das ciências sociais essencialmente histórico e dotado de consciência, a investigação não se limita a descrever dados brutos, mas busca compreender a intencionalidade das ações humanas e a riqueza do dinamismo da vida individual e coletiva. Ao reconhecer a identidade entre sujeito e objeto, o pesquisador assume que sua visão de mundo está implicada no processo, permitindo que a análise ultrapasse a região visível e concreta para captar as relações e processos profundos que as médias e estatísticas não conseguem expressar. (Minayo, 2001).

A pesquisa enquadra-se como um estudo de natureza descritivo-exploratória, abordagem que articula a descrição sistemática das características de determinado fenômeno à ampliação da compreensão de dimensões ainda pouco investigadas. Os estudos descritivos, conforme assinala Gil (2008), partem de um problema claramente delimitado e recorrem a técnicas padronizadas de coleta de dados, o que possibilita a produção de informações comparáveis e passíveis de quantificação. No âmbito deste trabalho, o caráter descritivo expressa-se na proposta de caracterizar os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde do estado do Paraná,

considerando seus distintos aspectos, tais como o escopo de atuação, os papéis desempenhados na Rede de Atenção à Saúde e os espaços institucionais que sustentam seu funcionamento. A organização e a sistematização desses componentes permitem delinear um panorama consistente e detalhado da configuração contemporânea desses arranjos institucionais, contribuindo para a compreensão de sua inserção no sistema de saúde (Marconi; Lakatos, 2003).

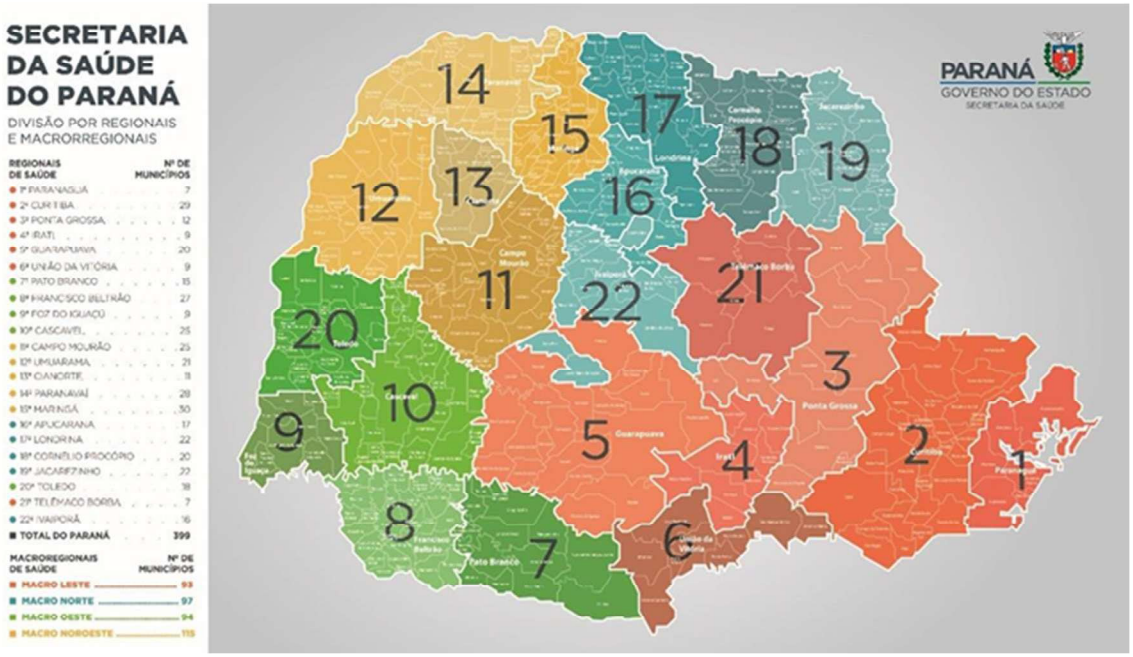
O caráter exploratório deste estudo justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão sobre os CPIS, especialmente no contexto paranaense. Embora o Paraná seja reconhecido nacionalmente pelo pioneirismo na adoção e institucionalização dos consórcios de saúde, ainda há lacunas importantes na produção científica que descreva e interprete de forma aprofundada esse arranjo no estado. Assim, a pesquisa exploratória, segundo Gil (2008), busca gerar maior aproximação com o fenômeno, abordando-o de forma aberta e flexível, de modo a torná-lo mais explícito e subsidiar ações futuras.

A combinação entre os propósitos descritivo e exploratório é particularmente adequada em objetos complexos e ainda em consolidação, nos quais se pretende simultaneamente mapear o terreno e identificar elementos emergentes ou pouco evidenciados (Triviños, 1987). Nesse sentido, investigar os CPIS permite iluminar dimensões da cooperação interfederativa e explorar como esses arranjos contribuem, ou deixam de contribuir, para a efetivação dos princípios organizativos do SUS.

4.1 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no estado do Paraná, considerado unidade federativa estratégica para a análise dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (CPIS). O Paraná possui 399 municípios, organizados em quatro macrorregiões e 22 regiões de saúde, com uma população estimada em 11.444.380 habitantes, conforme dados do IBGE (2022).

Figura 2 - Mapa político do estado do Paraná, divisão por regiões e macrorregiões de saúde, 2025.



Fonte: Paraná (2025).

A delimitação do universo de Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde existentes no estado do Paraná foi realizada a partir da articulação de distintas fontes secundárias de informação. Inicialmente, adotou-se como referência a Pesquisa Nacional dos Consórcios Públicos de Saúde (Andrade; Lima, 2023), a qual identifica a existência de 31 CPIS em funcionamento no estado. Posteriormente, essas informações foram confrontadas com os dados disponibilizados pela Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná e pela Secretaria Estadual de Saúde, com o objetivo de verificar sua atualização e consistência.

No processo de conferência e validação das informações, identificou-se que um dos consórcios havia encerrado suas atividades no intervalo entre os anos de 2023 e 2024. Em razão disso, estabeleceu-se como universo da pesquisa o total de 30 Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde em efetivo funcionamento no estado do Paraná no período considerado.

Quadro 3 – Consórcios em efetivo funcionamento no Paraná, 2024.

Nome do Consórcio de Saúde	Sigla	Ano de Criação	Município da Sede
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade de Municípios da Região de Campo Mourão	CISCOMCAM	1992	Campo Mourão
Consórcio Intermunicipal de Saúde Amerios	CISA	1993	Umuarama
Consórcio Intermunicipal de Saúde – AMUNPAR	CIS Amunpar	1993	Paranavaí
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Costa Oeste do Paraná	CISCOPAR	1993	Toledo
Consórcios Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema	CISVAP	1993	Colorado
Consórcio Intermunicipal de Saúde	CONIMS	1994	Pato Branco
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	CISNOP	1994	Cornélio Procópio
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste	CONSUD	1994	Francisco Beltrão
Consórcio Intermunicipal de Saúde - AMCESPAR	CIS Amcespar	1994	Irati
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná	CISOP	1994	Cascavel
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	CISNORPI	1994	Jacarezinho
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema	CISMEPAR	1995	Londrina
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu	CISVALI	1995	União da Vitória
Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu	CISI	1995	Medianeira
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região	CISVIR	1996	Apucarana
Consórcio Público Intermunicipal do Centro Noroeste do Paraná	CICENOP	1996	Cianorte
Consórcio Intermunicipal de Saúde 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã	CISI	1998	Ivaiporã
Associação Intermunicipal de Saúde do Centro do Paraná	ASSISCOP	1998	Laranjeiras do Sul
Consórcio Intergestores Paraná Saúde	Paraná Saúde	1999	Curitiba
Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais	CIMSAÚDE	2001	Ponta Grossa
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense	CISAMUSEP	2002	Maringá
Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná	COMESP	2005	Curitiba
Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro	CIS Paraná Centro	2011	Pitanga
Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Sudoeste do Paraná	CIRUSPAR	2011	Pato Branco
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná	CISLIPA	2012	Paranaguá
Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste	CONSAMU	2012	Cascavel
Consórcio Público Intermunicipal de Gestão da AMUSEP	PROAMUSEP	2012	Maringá
Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Noroeste do Paraná	CIUENP	2013	Umuarama
Consórcio Intermunicipal SAMU Campos Gerais	CIMSAMU	2017	Ponta Grossa
Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná	CIS	2018	Guarapuava

Fonte: Elaboração própria.

4.2 PERCORRENDO A COLETA DE DADOS

Para aprofundar a análise do fenômeno em seu contexto empírico, a coleta de dados foi estruturada em três planos complementares e concomitantes: (1) a aplicação de um *websurvey* junto aos dirigentes dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde do estado do Paraná; (2) a realização de oficina temática em evento científico; e (3) a condução de entrevistas semiestruturadas, em formato virtual, com atores-chave.

Para a coleta dos dados quantitativos, utilizou-se um *websurvey* aplicado no período de setembro a dezembro de 2024, estratégia adequada à abrangência territorial da pesquisa e à obtenção ágil de informações, especialmente útil em estudos voltados à produção de evidências para análise institucional (De Boni, 2020). O questionário eletrônico foi direcionado aos dirigentes dos CPIS, compreendidos como secretários executivos ou diretores dos 30 consórcios de saúde do estado do Paraná, com o objetivo de mapear características de sua organização, financiamento, serviços ofertados e relações com as instâncias de participação social, planejamento e pactuação do SUS. Registra-se que dois consórcios não responderam ao instrumento, resultando em taxa de retorno de 93,33%.

Para favorecer a adesão dos dirigentes, o estudo foi apresentado em reunião da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais do Paraná (ACISPAR). Na ocasião, enfatizou-se a relevância da participação dos consórcios para a construção de um panorama fidedigno da realidade estadual e para a produção de evidências capazes de subsidiar políticas públicas futuras. Após o encontro, um card informativo contendo orientações e o link de acesso ao formulário (Apêndice) foi encaminhado por e-mail e divulgado em grupos de WhatsApp, com o objetivo de facilitar o acesso e ampliar o engajamento dos participantes.

Em complemento ao levantamento quantitativo, a dimensão qualitativa da pesquisa foi desenvolvida em dois momentos articulados. O primeiro consistiu na realização de uma oficina temática intitulada *"Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde: explorando tensões e potencialidades para o fortalecimento do SUS*", desenvolvida durante o II Seminário de Gestão em Saúde do Paraná, realizado nos dias 25 e 26 de março de 2024, no campus da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no município de Londrina, macrorregião Norte do Paraná. A autora atuou como facilitadora da atividade.

Esse espaço reuniu gestores municipais e estaduais, técnicos, dirigentes de consórcios, pesquisadores e pós-graduandos, constituindo um ambiente de problematização coletiva sobre desafios, experiências e potencialidades da atuação consorciada na política de saúde. A oficina

foi estruturada a partir de questões norteadoras, com o objetivo de estimular o debate e favorecer a construção compartilhada de reflexões sobre o tema.

Para a sistematização das contribuições, utilizaram-se tarjetas para o registro das ideias. Os participantes foram previamente informados sobre a pesquisa e convidados a participar mediante assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Para a codificação do material, os excertos oriundos da oficina foram identificados como *Oficina 1 – OF1* (II Seminário de Gestão em Saúde do Paraná, Londrina – PR), preservando-se o anonimato dos participantes.

O segundo momento da coleta qualitativa correspondeu à realização de onze entrevistas semiestruturadas, conduzidas no período de julho a dezembro de 2024, em formato virtual, por meio da plataforma *Google Meet*, com atores estratégicos da política de saúde consorciada. A entrevista semiestruturada caracteriza-se por partir de questionamentos previamente definidos, alinhados aos objetivos da pesquisa, ao mesmo tempo em que permite ao informante conduzir o encadeamento de seu pensamento e relatar suas experiências de forma espontânea (Triviños, 1987).

A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional, tomando como critério central sua relevância institucional e analítica para o debate, a formulação e a operacionalização da ação consorciada na política de saúde. Considerou-se, assim, sua capacidade de aportar análises qualificadas sobre os arranjos consorciados, seus papéis, tensões e potencialidades, bem como sua inserção estratégica nos processos de gestão e coordenação interfederativa. Esse procedimento é coerente com a abordagem qualitativa, na qual a escolha dos participantes privilegia sua pertinência analítica em relação ao objeto investigado, e não critérios de representatividade estatística (Minayo, 2010).

Nesse sentido, foram entrevistados atores institucionais selecionados por sua atuação e capacidade de análise em âmbito regional e estadual, buscando contemplar perspectivas ampliadas sobre a organização da saúde no território. Participaram representantes da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, do Tribunal de Contas da União, da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais do Paraná (ACISPAR), bem como dirigentes de Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde das quatro macrorregiões de saúde do estado.

O contato inicial foi realizado por e-mail institucional, com posterior agendamento via *WhatsApp*, utilizando-se roteiro semiestruturado (Apêndice) para apreender percepções individuais e narrativas sobre as dinâmicas da cooperação federativa por meio de consórcios

públicos. O número de entrevistas foi definido a partir da recorrência dos sentidos e da suficiência empírica das informações obtidas, de modo a garantir diversidade institucional e aprofundamento analítico, sem prejuízo da consistência dos achados qualitativos.

As entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos participantes, e posteriormente transcritas na íntegra. Após a transcrição, o material foi submetido à leitura minuciosa e à conferência, com o objetivo de corrigir eventuais incorreções e assegurar a fidedignidade das informações. Para fins de organização e anonimização, os trechos oriundos das entrevistas foram codificados por identificação sequencial dos sujeitos, utilizando-se a notação *S1, S2, S3* e assim sucessivamente, conforme apresentados na análise dos resultados.

O Quadro 4 sintetiza os momentos de coleta de dados, a natureza das estratégias empregadas e o perfil dos participantes incluídos em cada etapa da pesquisa.

Quadro 4 – Momentos de coleta de dados e caracterização dos participantes

Natureza	**Etapa de Coleta**	**Participantes**		
		Quant.	**Sexo**	**Função**
Quantitativa	*Webservey* com CPIS do Paraná	28	Feminino (18) Masculino (10)	Secretários Executivos/Diretores (20) Controladores Interno (5) Coordenadores/Gerentes (3)
Qualitativa	Oficina temática	20	Feminino (13) Masculino (7)	Secretários Executivos/Diretores (12) Técnicos de CPIS (5) Técnicos da gestão estadual de saúde (2) Estudantes de pós-graduação (2) Pesquisadores (1)
	Entrevistas semiestruturadas	11	Feminino (7) Masculino (4)	Secretários executivos (5) Técnicos institucionais (6)

Fonte: Elaboração própria.

Dada a diversidade de estratégias de coleta e de sujeitos envolvidos, com distintas posições institucionais e níveis de atuação no Sistema Único de Saúde, a pesquisa demandou a observância rigorosa dos princípios éticos que regem estudos com seres humanos. Nesse sentido, esta tese integra o projeto de pesquisa ampliado *"Os Consórcios Públicos de Saúde e suas Implicações na Gestão das Ações e Serviços de Saúde do SUS"*, desenvolvido sob a coordenação do Grupo de Pesquisa GestSUS, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes da Resolução nº 466/2012, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP-UEL), conforme parecer consubstanciado CAAE nº 63397222.0.0000.5231 (Anexo A). Todos os participantes foram devidamente informados quanto aos objetivos da pesquisa, à voluntariedade da participação e ao direito de recusa ou desistência em qualquer etapa, assegurando-se o sigilo das informações mediante assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) (Apêndice).

4.3 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos obtidos por meio *do websurvey* foram organizados e analisados com base em procedimentos de estatística descritiva, com vistas à caracterização institucional e organizacional dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Paraná. As respostas foram consolidadas em banco de dados eletrônico, submetidas à conferência de consistência e descritas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Os resultados foram apresentados em tabelas e representações gráficas, elaboradas com o auxílio do software *GraphPad Prism*, versão 10 (GraphPad Software, 2023).

Para examinar os dados qualitativos coletados referentes aos consórcios de saúde, este estudo emprega a Análise de Discurso (AD) como técnica principal de análise. A opção pela AD alinha-se à natureza complexa do objeto e à própria trajetória de imersão da pesquisadora no campo dos consórcios públicos de saúde. Sua experiência nesse contexto, permeada por tramas relacionais, disputas de sentido e condicionantes histórico-institucionais, demandava um enfoque analítico que fosse além da superfície aparente dos enunciados.

Diferentemente de técnicas que se limitam ao conteúdo aparente, a AD examina a linguagem como prática social, mostrando como os discursos reproduzem ou contestam estruturas ideológicas. Para isso, analisa elementos como o que é deixado de dizer, as

contradições nas falas e os pressupostos não declarados, aspectos essenciais para compreender as dinâmicas da cooperação intermunicipal em saúde.

O surgimento do termo “Análise do Discurso” tem sua origem na França no final da década de 1960, pelo lexicólogo Jean Dubois (1920-2015) e o filósofo Michel Pêcheux (1938-1983). Esses dois pensadores traziam perspectivas diferentes sobre AD, enquanto Dubois acreditava que ela seria uma extensão da linguística, Pêcheux a entendia com outra lente, incorporando para dentro da linguagem a ideologia e como ela pode ser manifestada.

A AD se materializou como uma teoria do sentido, para formular uma ciência para análise das produções da linguagem. Pêcheux construiu esse modelo de análise inspirado na reunião de conceitos vindos de três grandes áreas de conhecimento: na linguística estrutural, que contribuía com uma visão da língua e do código linguístico; no marxismo que forneceu o conceito fundamental de ideologia; e na psicanálise, especialmente lacaniana, que busca trabalhar com a noção de sujeito. Assim, ao estudarmos o discurso, estaremos diante da questão de como o sujeito se relaciona com a situação que o criou (Pêcheux, 1990).

A AD busca associar o campo da língua, estudado pela Linguística, e o da sociedade, apreendido pela história e pela ideologia. A “ideologia” é entendida como o conjunto de representações de uma classe social, em constante confronto com outras, constituindo diferentes visões de mundo. Dessa forma, a linguagem é determinada pela ideologia, o que Pêcheux (1990) denomina “formação ideológica” ou “condições de produção do discurso”. Cada “formação ideológica” corresponde a uma “formação discursiva (FD)”, ou seja, ao conjunto do “que se pode e se deve dizer” em determinado tempo e contexto social. Os processos discursivos são a base da produção de sentidos, e a língua é o espaço onde se materializam os “efeitos de sentido”, permeados por contextos históricos.

Dessa maneira, essa articulação de saberes permitiu que a AD de base pecheuxtiana se configurasse como um domínio interdisciplinar voltado à análise da produção de sentidos na relação entre língua, sujeito e história. Ao rejeitar a noção estruturalista de que o sentido se limita ao sistema linguístico, a AD passa a compreender a linguagem em uso e sua vinculação ideológica. Para Pêcheux (1990), essa perspectiva, fundamentada no materialismo histórico, é essencial, pois entende o discurso como materialização da ideologia. Nessa concepção, o sujeito não é senhor de seu dizer, mas fala a partir do lugar social que ocupa, reproduzindo, ainda que inconscientemente, as determinações da formação social.

Nesse sentido, a Análise de Discurso (AD) desloca o foco da linguagem enquanto instrumento neutro de comunicação para concebê-la como prática social historicamente situada, atravessada por relações de poder e por processos de interpelação ideológica. O discurso, assim,

não se reduz a um encadeamento de enunciados, mas se constitui como espaço de disputa de sentidos, no qual se inscrevem contradições, silenciamentos e deslocamentos produzidos pelas formações ideológicas em jogo. A noção de formação discursiva permite compreender que aquilo que pode ou deve ser dito em determinado contexto não decorre de uma escolha individual, mas das condições históricas e sociais que regulam a produção dos sentidos.

Dessa forma, o dizer é sempre atravessado pela memória discursiva, que reinscreve sentidos anteriores e orienta novas significações, conferindo ao discurso um caráter processual e não transparente. Essa perspectiva analítica possibilita apreender como os sentidos se estabilizam ou se transformam ao longo do tempo, evidenciando o caráter histórico da linguagem e a constituição do sujeito como efeito dessas relações, o que torna a Análise de Discurso um instrumental teórico-metodológico potente para investigar práticas sociais, institucionais e políticas.

O modelo teórico da AD de linha francesa passou, ao longo de sua trajetória, por importantes deslocamentos conceituais, reconhecidos pelos estudiosos como três fases. A Primeira Fase (AD-1), influenciada pelo Materialismo Histórico, centrou-se na relação entre discurso e ideologia, do marxista Louis Althusser, sustentando que o sujeito era fruto da formação ideológica e que seu dizer estava previamente determinado.

A Segunda Fase (AD-2) incorporou o conceito de Formação Discursiva, de Michel Foucault, apresenta no livro "*A Arqueologia do Saber*", questionando a noção de autonomia e propondo as formações discursivas como dispersões definidas por relações de concorrência e delimitação recíproca em um mesmo campo discursivo, como o político ou o religioso.

Por fim, a Terceira Fase (AD-3) rompe com a ideia de formações discursivas isoladas ao introduzir o conceito de Interdiscurso, entendido como espaço de intersecção e diálogo entre discursos concorrentes. Nessa etapa, a análise volta-se às relações entre discursos e à compreensão do sujeito como heterogêneo e descentrado, atravessado pelo inconsciente e pelas determinações ideológicas.

A seguir, apresenta-se um quadro sintético que organiza os principais elementos e transformações teóricas ao longo dessas três fases:

Quadro 5 – As três fases da Análise do Discurso francesa.

Fase	AD – 1 Primeira Fase	AD 2 Segunda Fase	AD – 3 Terceira Fase
Conceito Central	Ideologia e FD	FD em Foucault.	Interdiscurso.
Características	Ênfase na vinculação entre discurso e ideologia (Althusser). Predomínio da análise de discursos políticos.	Abandona-se a ideia de autonomia e adota-se a noção de dispersão discursiva.	Ênfase na relação de diálogo e atravessamento entre discursos.
Concepção de Sujeito	O sujeito é assujeitado pela formação ideológica; o que pode dizer é previamente determinado.	O sujeito assume diferentes papéis sociais, mas permanece condicionado pela FD e pela ideologia.	O sujeito é heterogêneo e descentrado, cindido entre o consciente e o inconsciente (influência lacaniana).
Relação entre Discursos	As FDs são vistas como relativamente autônomas, operando como "máquinas discursivas".	As FDs se definem reciprocamente em campos discursivos (ex.: político, religioso, científico).	A análise volta-se para o diálogo entre discursos, no espaço regulado do interdiscurso.

Fonte: Elaboração própria a partir de Pêcheux (1990).

O quadro síntese das três fases da Análise de Discurso francesa evidencia o caráter não linear e permanentemente tensionado desse campo teórico, marcado por deslocamentos conceituais que aprofundam a compreensão da relação entre linguagem, sujeito e história. Na primeira fase, fortemente ancorada no marxismo althusseriano, observa-se a centralidade da ideologia como instância determinante dos sentidos, com ênfase na noção de formação discursiva como espaço de regularidade e controle do dizer.

Nessa perspectiva, o sujeito é concebido como assujeitado, interpelado pela ideologia, e o discurso aparece como relativamente fechado, operando segundo regras que delimitam o que pode ser dito. Tal concepção confere à Análise de Discurso um caráter estrutural, ainda que já crítico ao formalismo linguístico, ao deslocar o foco da língua para suas condições sociais de produção. A segunda fase introduz inflexões importantes ao incorporar contribuições foucaultianas, especialmente no que se refere à noção de dispersão discursiva e à rejeição da ideia de autonomia e homogeneidade das formações discursivas.

O discurso passa a ser compreendido como atravessado por múltiplas posições e práticas sociais, e o sujeito, embora continue condicionado ideologicamente, assume diferentes papéis sociais, revelando maior complexidade e mobilidade. Essa fase amplia o potencial analítico da AD ao permitir a identificação de articulações entre diferentes campos discursivos e ao reconhecer a instabilidade dos sentidos. Já a terceira fase aprofunda esse deslocamento ao introduzir a noção de interdiscurso e ao incorporar a influência da psicanálise lacaniana, complexificando a concepção de sujeito, agora entendido como heterogêneo, descentralizado e

cindido entre consciente e inconsciente. O discurso deixa de ser analisado apenas em sua regularidade ou dispersão para ser apreendido como espaço de diálogo, atravessamento e memória, no qual sentidos se reinscrevem, se deslocam e se transformam historicamente.

Assim, a evolução apresentada no quadro revela o amadurecimento teórico da Análise de Discurso, que passa de uma abordagem mais estrutural e determinista para uma perspectiva relacional e processual, capaz de apreender as contradições, os silenciamentos e as disputas de sentido que constituem as práticas discursivas, conferindo-lhe elevada potência analítica para a investigação de fenômenos sociais, institucionais e políticos.

No Brasil, a Análise do Discurso (AD) foi introduzida na década de 1970 pela pesquisadora Eni Orlandi, inspirada nos conceitos desenvolvidos por Michel Pêcheux. A AD brasileira nasce da articulação entre língua e ideologia, sujeito e história, configurando-se como uma construção que relaciona a vivência e o conhecimento de um indivíduo àquilo que ele expressa em sua fala ou escrita.

Para Orlandi (2007), os elementos constitutivos da Análise do Discurso são de ordem ideológica, política e simbólica. Assim, a AD não se ocupa da língua como uma estrutura gramatical abstrata, mas da língua em uso, "a língua no mundo", analisando a palavra em movimento, isto é, o discurso como um acontecimento sócio-histórico e simbólico. Nessa perspectiva, linguagem, sujeito e história estão intrinsecamente entrelaçados: não existe discurso sem sujeito, assim como não há sujeito fora da linguagem e das condições históricas que o constituem. Do mesmo modo, não há discurso sem ideologia, pois é na e pela linguagem que a ideologia se materializa.

A Análise do Discurso permite investigar não apenas o que é dito sobre os consórcios públicos de saúde, mas também como se fala, quem fala e em que contexto essas enunciações ocorrem. Parte-se do pressuposto de que todo discurso é produzido em condições sociais e históricas específicas, refletindo visões de mundo, valores e relações de poder que moldam as formas de significar a realidade. Desse modo, a AD possibilita ultrapassar o conteúdo manifesto das falas e textos, desvelando sentidos implícitos, pressupostos ideológicos, silêncios e contradições presentes no modo como os atores constroem representações sobre a ação consorciada.

Seguindo Orlandi (2007) a aplicação da Análise de Discurso nesta pesquisa desdobrou-se em dois momentos metodológicos complementares. O primeiro, de natureza ideográfica, dedicou-se à leitura flutuante e analítica do corpus, com o objetivo de identificar unidades de significado e capturar a singularidade de cada discurso. Nesta fase, a pesquisadora realizou um

recorte de sequências discursivas relevantes, agrupando-as posteriormente por convergências temáticas emergentes.

No segundo momento, de caráter nomotético, promoveu-se a articulação sistemática dessas convergências, relacionando-as ao referencial teórico. Esta etapa permitiu transcender as particularidades e identificar formações discursivas, oferecendo uma compreensão integral sobre as dinâmicas de atuação consorciada em saúde. Dessa forma, a análise não se limitou ao conteúdo manifesto, mas explorou as condições de produção, os silêncios e as contradições que constituem o discurso sobre cooperação intermunicipal (Orlandi, 2007).

Esse percurso analítico possibilitou articular os sentidos produzidos nos discursos dos sujeitos às condições institucionais concretas em que se inserem, evidenciando como a cooperação intermunicipal em saúde é discursivamente construída, legitimada e, ao mesmo tempo, tensionada no interior das relações federativas.

Um aspecto importante ressaltado pela abordagem de Análise de Discurso adotada é a posição do pesquisador em relação ao material. Conforme alerta Mazière (2007), o analista de discurso não é jamais um sujeito neutro; ele também está imerso em linguagem e em ideologia, devendo assumir conscientemente uma posição teórico-analítica. No desenvolvimento desta pesquisa, buscou-se manter uma postura reflexiva e crítica durante todo o processo de análise, ciente de que a interpretação dos discursos dos atores envolve, inevitavelmente, um gesto interpretativo do pesquisador.

Desse modo, a AD mostra-se alinhada aos objetivos exploratórios e descritivos do estudo, oferecendo subsídios qualitativos essenciais para a compreensão da dimensão simbólica e política que permeia os dados quantitativos e institucionais levantados.

5. RESULTADOS

Os resultados empíricos serão apresentados em dois momentos analíticos, em consonância com a abordagem mista que orienta esta investigação. Inicialmente, serão expostos os achados quantitativos organizados a partir de quatro eixos analíticos: caracterização institucional e territorial; finalidade e escopo de atuação; integração com as estruturas de governança regional; e governança interna dos consórcios. Na sequência, serão apresentados os resultados qualitativos, organizados em três formações discursivas: FD1 – o consórcio como dispositivo de fortalecimento regional e apoio aos municípios para efetivação do SUS; FD2 – o desafio da natureza da ação consorciada; e FD3 – a governança interna e participação social.

OS DADOS QUANTITATIVOS

Para a interpretação dos resultados quantitativos, procedeu-se à categorização temática com base em uma matriz analítica de referência, estruturada em quatro eixos: caracterização institucional e territorial; finalidade e escopo da atuação; integração com as estruturas de governança regional; e governança interna dos consórcios (Quadro 6). Os resultados foram organizados segundo esses eixos de análise, suas respectivas dimensões e subdimensões.

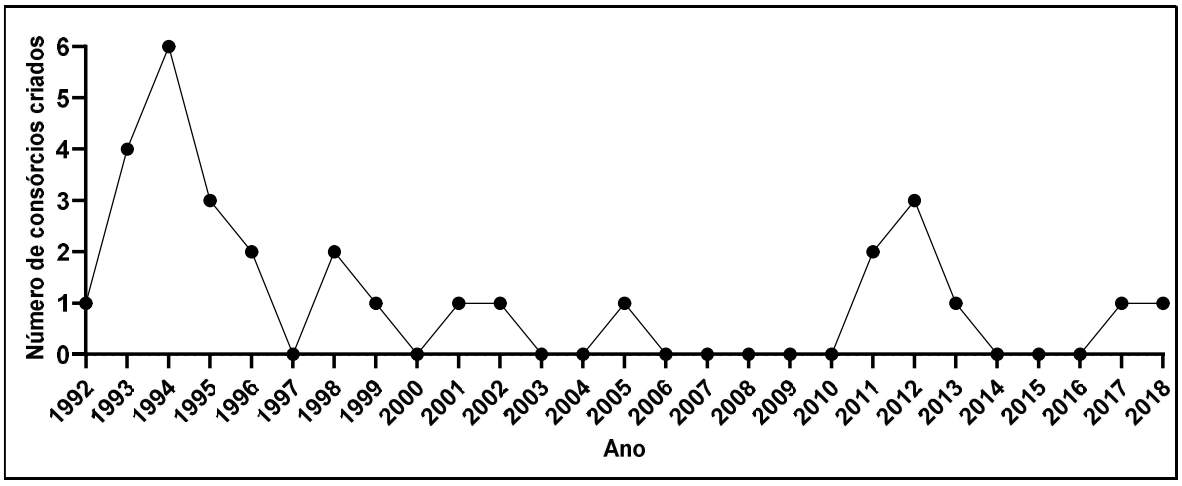
Quadro 6 – Matriz analítica utilizada como referência para a categorização dos resultados quantitativos.

Eixos	Dimensões	Subdimensões
Caracterização Institucional e Territorial	Inserção e Abrangência Territorial	Período de Criação
		Distribuição Territorial
		População referenciada
		Coincidência com a Divisão Sanitária do Estado
	Conformação Jurídica e financiamento	Natureza Jurídica
		Entes Consorciados
		Tipo de Rateio
		Financiamento
Finalidade e escopo da Atuação	Finalidade e Abrangência da Atuação	Finalidade do Consórcio
		Escopo de Atuação
Integração com as estruturas Governança Regional	Articulação com as Instâncias do SUS	Participação nas Instâncias de Deliberação do SUS
		Participação nos Processos de Planejamento Regional
	Participação Social	Atuação em Espaços de Participação Social
Governança Interna	Estrutura de Governança	Instâncias de Governança Internas
	Assembleia Geral	Funções da Assembleia Geral
		Membros Efetivos da Assembleia Geral
		Frequência das Assembleias

Fonte: Elaboração própria.

O primeiro eixo analítico, denominado **Caracterização Institucional e Territorial**, traz os elementos estruturantes que conformam a inserção dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no território paranaense, considerando sua constituição institucional, abrangência geográfica e bases de sustentação jurídico-financeira. Esse eixo se propõe a analisar seu período de criação, forma como os consórcios se distribuem no estado, a população referenciada e o grau de coincidência entre sua abrangência territorial e a divisão sanitária estadual. Além disso, apresenta aspectos relacionados à sua conformação jurídica e ao financiamento, contemplando a natureza jurídica adotada, os entes que compõem o arranjo consorciado, os mecanismos de rateio utilizados e as fontes de financiamento que sustentam sua operação.

Gráfico 1 – Linha do tempo de criação dos CPS, Paraná, n=30.



Fonte: Elaboração própria.

O Gráfico 1 apresenta a trajetória de institucionalização dos CPIS no Paraná, evidenciando forte concentração de iniciativas na década de 1990, período no qual foram criados 65,5% dos consórcios identificados. A análise da linha do tempo evidencia que, na primeira metade da década de 1990, ocorreu a maior concentração de criações, com o registro de 1 consórcio em 1992, 4 em 1993 e 6 em 1994, totalizando 11 consórcios nesse intervalo. Ainda na década de 1990, novas iniciativas foram registradas, consolidando esse período como o mais expressivo na institucionalização dos CPIS no Paraná.

A partir de 1996, observou-se redução no número de novas iniciativas, com registros esporádicos e anos sem criação de consórcios entre 1996 e 2010. Posteriormente, identificou-se novo movimento de criação entre 2011 e 2013, com destaque para o ano de 2012, quando foram instituídos três consórcios.

Quanto à distribuição territorial dos 30 Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde do Paraná, os resultados apontam heterogeneidade na composição, na base populacional e na inserção nas divisões sanitárias oficiais da Secretaria Estadual de Saúde (Tabela 1). No conjunto analisado, predomina o modelo monofinalitário, distribuído por diferentes regiões de saúde, com variação no número de entes consorciados e no porte populacional atendido, evidenciando distintas configurações de cooperação intermunicipal.

Tabela 1 - Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde, sua sede, nº de entes, base populacional e região de saúde (RS), Paraná, 2025.

Nome do CPIS	Sigla	Município Sede	Entes consorciados	População	RS
Monofinalitário					
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná	CISLIPA	Paranaguá	7	301.067	1ª
Consórcio Intergestores Paraná Saúde	PARANA SAÚDE	Curitiba	398	9.672.098	**
Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais	CIMSAUDE	Ponta Grossa	19	816.963	03ª e 21ª
Consórcio Intermunicipal SAMU Campos Gerais	CIMSAMU	Ponta Grossa	28	981.432	3ª, 4ª e 21ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde – AMCESPAR	CIS AMCESPAR	Irati	9	164.469	4ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro	CIS PR CENTRO	Pitanga	9	105.107	5ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde	CIS 5°RS	Guarapuava	14	469.743	5ª
Associação Intermunicipal de Saúde do Centro do Paraná	ASSISCOP	Laranjeiras do Sul	7	81.864	5ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu	CISVALI	União da Vitória	9	162.533	6ª
Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Sudoeste	CIRUSPAR	Pato Branco	41	662.669	7ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde de Pato Branco	CONIMS	Pato Branco	29 *	394.806	7ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste	CONSUD	Francisco Beltrão	27	395.503	8ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu	CISI	Medianeira	7	133.718	9ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná	CISOP	Cascavel	26	596.311	10ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Oeste	CONSAMU	Cascavel	25	995.319	10ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade de Municípios da Região de Campo Mourão	CISCOMCAM	Campo Mourão	27	341.931	11ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde Amerios	CIS AMERIOS	Umuarama	20	172.238	12ª
Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Noroeste Pr	CIUENP	Umuarama	101	1.200.000	12ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde – AMUNPAR	CIS AMUNPAR	Paranavaí	28	272.818	14ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense	CISAMUSEP	Maringá	30	865.048	15ª
Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema	CISVAP	Colorado	9	60.000	15ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região	CISVIR	Apucarana	18	381.806	16ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema	CISMEPAR	Londrina	21	975.343	17ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Costa Oeste do Paraná	CISCOPAR	Toledo	18	418.589	20ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã	CISI	Ivaiporã	16	134.692	22ª
Multifinalitário					
Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná	COMESP	Curitiba	31	1.897.379	2ª
Consórcio Público Intermunicipal do Centro Noroeste do Paraná	CICENOP	Cianorte	11	153.870	13ª
Consórcio Público Intermunicipal de Gestão da AMUSEP	PROAMUSEP	Maringá	30	455.391	15ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	CISNOP	Cornélio Procópio	21	214.399	18ª
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	CISNORP	Jacarezinho	22	292.531	19ª

Fonte : Elaboração própria.
*CONIMS, com sede em Pato Branco, possui 14 municípios pertencentes ao estado de Santa Catarina.;
** Consórcio Paraná Saúde atua nas 22 regiões de saúde do estado do Paraná.

Foram identificados três consórcios com um número reduzido de municípios: CISLIPA, o ASSISCOP e o CISI de Medianeira, cada um com sete entes consorciados, constituindo arranjos mais restritos, ancorados em maior proximidade territorial. Em contraste, o Consórcio Intergestores Paraná Saúde congrega 398 entes, correspondendo a 99,7% dos municípios paranaenses, o que o caracteriza como o arranjo mais abrangente do estado, com atuação exclusiva na assistência farmacêutica.

De modo semelhante, a base populacional atendida pelos consórcios apresenta variações expressivas: enquanto o ASSISCOP representa o menor contingente populacional, com 81.864 habitantes, o Consórcio Paraná Saúde atende o maior volume populacional, totalizando 9.672.098 habitantes. Um aspecto adicional que evidencia a complexidade desses arranjos é o caso do CONIMS, que inclui 14 municípios pertencentes ao estado de Santa Catarina. Essa configuração o torna institucionalmente singular, pois implica a articulação simultânea com duas administrações estaduais, ampliando o grau de complexidade política, administrativa e regulatória no funcionamento do consórcio.

A ação consorciada possui capilaridade em todas as 22 regiões de saúde do Paraná, demonstrando que o modelo consorciado é um mecanismo consolidado em todo estado. Inclusive, algumas regionais concentram mais de um consórcio, como a 5° RS (CIS Paraná Centro, CIS 5° RS e ASSISCOP), 7ª RS (CIRUSPAR e CONIMS), a 10ª RS (CISOP e CONSAMU) e a 15ª RS (CISAMUSEP, PROAMUSEP e CISVAP), o que indica diferentes estratégias regionais de cooperação para demandas específicas, como urgência/emergência, atenção especializada, mas também reflete dinâmicas políticas próprias de cada território. Em muitos casos, a coexistência de mais de um consórcio decorre de trajetórias históricas distintas, disputas entre grupos políticos locais, divergências sobre prioridades assistenciais ou conflitos na condução da governança regional. Outros consórcios abrangem mais de uma regional simultaneamente, como o CIMSAMU e o CIMSAUDE, demonstrando arranjos que extrapolam os limites administrativos regionais.

No que se refere à finalidade dos consórcios, a pesquisa evidencia a predominância do modelo monofinalitário, com 82% dos consórcios atuando exclusivamente na área da saúde. Esse achado indica a política de saúde como principal indutora da cooperação intermunicipal, como resposta estruturante às exigências impostas pela descentralização do SUS, especialmente no que tange à organização da oferta e à garantia da integralidade do cuidado.

Contudo, é relevante destacar que 17,29% dos consórcios já se caracterizam como multifinalitários, por preverem, em seus estatutos, finalidades que extrapolam a área da saúde,

mostrando uma inflexão na trajetória dos arranjos consorciados no Paraná, ao evidenciar a ampliação do escopo de atuação para outras políticas públicas.

A análise da coincidência territorial entre os CPIS e as Regiões de Saúde oficialmente definidas do Paraná evidencia um cenário plural. Observou-se que 65,5% dos consórcios reproduzem integralmente os limites regionais definidos pela SESA, sugerindo um esforço relevante de alinhamento da ação consorciada às diretrizes estaduais de regionalização. Por outro lado, 34,5 % dos consórcios não coincidem com as delimitações regionais oficiais, o que revela que esses são orientados por racionalidades próprias dos municípios, ancoradas em vínculos históricos, logísticos, operacionais e políticos.

Quanto à configuração jurídica dos consórcios, observou que, após a promulgação da Lei nº 11.107/2005, houve predominância da adoção de personalidade jurídica de direito público entre os consórcios. Conforme apresentado na Tabela 2, 82,14 % dos CPIS passaram a adotar natureza público-pública, constituindo-se como autarquias ou associações públicas. Por sua vez, 21,73 % optaram pela personalidade jurídica de direito privado, enquanto apenas um consórcio (3,57%) permaneceu estruturado como associação administrativa não adequada à referida legislação.

Tabela 2 – Caracterização referente à natureza jurídica, entes consorciados e tipo de contrato de rateio, dos CPIS do Paraná, 2024.

Características	n	%
Natureza jurídica		
Público-público	23	82,14
Público-privado	5	21,73
Associação administrativa não adequado a Lei n° 11.107/2005	1	3,57
Ente consorciado		
Município	28	100
Tipo de contrato rateio		
Contribuição per capita fixa mensal	19	67,85
Rateio mensal das despesas na proporção da base populacional	7	25
Outros	2	7,14

Fonte: Elaboração própria.

Verificou que 100% dos consórcios analisados são formados exclusivamente por entes municipais, evidenciando a centralidade dos municípios na governança dos consórcios no estado.

No modelo de gestão consorciada, o contrato de rateio configura-se como o principal instrumento jurídico-financeiro para a transferência de recursos dos entes consorciados ao consórcio, ao estabelecer as responsabilidades econômicas de cada participante e contribuir para a sustentabilidade das ações ofertadas. Os dados da pesquisa indicam que 67,85 % dos

consórcios adotam a contribuição per capita fixa mensal como principal forma de rateio, modalidade que tende a favorecer maior previsibilidade financeira e estabilidade na manutenção da estrutura consorciada. Além disso, 25 % dos consórcios realizam o rateio mensal das despesas na proporção da base populacional, enquanto 7,14 % adotam outras formas de rateio. Esses resultados demonstram a predominância de modelos de financiamento voltados à manutenção contínua das atividades consorciadas, com diferentes estratégias de distribuição das responsabilidades financeiras entre os municípios participantes.

A Tabela 3 apresenta a composição do planejamento financeiro dos CPIS no Paraná para o exercício de 2024, discriminando as fontes de recursos municipais, estaduais e federais, organizadas por tipo de assistência. Nos 28 consórcios analisados, observa-se a expressiva predominância do financiamento municipal, que corresponde a 77,37% do total de recursos mobilizados, enquanto as transferências estaduais e federais representam, respectivamente, 11,07% e 11,56%.

Tabela 3 – Descritivo do planejamento financeiro tripartite do consórcio, no Paraná, 2024. Valores em milhões de reais (R$)

Nome do Consórcio	Sede	Valor Municipal	%	Valor Estadual	%	Valor Federal	%
Atenção Ambulatorial Especializada							
Consórcio Intermunicipal de Saúde de Pato Branco	Pato Branco	R$ 130,7	96,69	R$ 1,1	0,84	R$ 3,3	2,47
Consórcio Intermunicipal de Saúde Amerios	Umuarama	R$ 48,0	90,16	R$ 1,2	2,41	R$ 3,9	7,43
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	Cornélio Procópio	R$ 45,0	84,83	R$ 1,8	3,39	R$ 6,2	11,78
Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro	Pitanga	R$ 9,7	90,52	R$ 1,0	9,48	R$ 0,00	0,00
Consórcio Intermunicipal de Saúde – AMUNPAR	Paranavaí	R$ 53,8	77,72	R$ 10,5	15,17	R$ 4,9	7,11
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema	Londrina	R$ 68,4	82,03	R$ 5,8	6,98	R$ 9,1	10,99
Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais	Ponta Grossa	R$ 23,8	74,81	R$ 5,1	16,26	R$ 2,8	8,93
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense	Maringá	R$ 64,8	85,29	R$ 5,2	6,87	R$ 5,9	7,84
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste	Francisco Beltrão	R$ 16,5	59,76	R$ 3,0	10,93	R$ 8,1	29,31
Consórcio Intermunicipal de Saúde – AMCESPAR	Irati	R$ 27,4	86,30	R$ 1,4	4,49	R$ 2,9	9,21
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu	União da Vitória	R$ 30,3	90,16	R$ 3,3	9,84	R$ 0,00	0,00
Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná	Curitiba	R$ 97,6	87,71	R$ 13,6	12,29	R$ 0,00	0,00
Consórcio Intermunicipal de Saúde 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã	Ivaiporã	R$ 17,6	82,74	R$ 2,5	11,99	R$ 1,1	5,27
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade de Municípios da Região de Campo Mourão	Campo Mourão	R$ 71,1	92,54	R$ 2,1	2,86	R$ 3,5	4,60
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região	Apucarana	R$ 30,0	76,08	R$ 2,5	6,57	R$ 6,8	17,35
Consórcio Intermunicipal de Saúde da 5ª Região de Saúde do Paraná	Guarapuava	R$ 64,0	86,49	R$ 7,0	9,46	R$ 3,0	4,05
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Costa Oeste do Paraná	Toledo	R$ 47,7	82,11	R$ 3,2	5,52	R$ 7,1	12,37
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná	Cascavel	R$ 79,3	90,76	R$ 5,8	6,72	R$ 2,2	2,52
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	Jacarezinho	R$ 28,4	74,42	R$ 2,2	5,94	R$ 7,4	19,64
Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu	Medianeira	R$ 19,4	92,63	R$ 0,00	0,00	R$ 1,5	7,37
Consórcio Público Intermunicipal do Centro Noroeste do Paraná	Cianorte	R$ 27,1	85,42	R$ 1,2	3,85	R$ 3,4	10,73
Urgência e Emergência							
Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Sudoeste do Paraná	Pato Branco	R$ 20,4	58,94	R$ 5,8	16,72	R$ 8,4	24,33
Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Noroeste do Paraná	Umuarama	R$ 11,6	43,74	R$ 7,1	26,64	R$ 7,9	29,62
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná	Paranaguá	R$ 13,3	70,37	R$ 1,9	10,47	R$ 3,6	19,17
Consórcio Intermunicipal SAMU Campos Gerais	Ponta Grossa	R$ 25,2	71,92	R$ 4,1	11,87	R$ 5,6	16,21

Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste	Cascavel	R$ 34,4	50,83	R$ 15,3	22,67	R$ 17,9	26,50
Consórcio Público Intermunicipal de Gestão da AMUSEP	Maringá	R$ 23,0	67,85	R$ 7,7	22,73	R$ 3,1	9,42
Assistência Farmacêutica							
Consórcio Intergestores Paraná Saúde	Curitiba	R$ 127,3	52,65	R$ 57,3	23,72	R$ 57,1	23,63
Total		R$ 1.257,1	77,37	R$ 179,9	11,07	R$ 187,8	11,56

Fonte: Elaboração própria

A partir desse panorama, a análise volta-se, inicialmente, para o financiamento da *Atenção Ambulatorial Especializada* (AAE), eixo no qual se localiza a gênese da ação consorciada no Paraná e que permanece como o principal escopo de atuação. Os resultados evidenciam um acentuado desequilíbrio no financiamento tripartite, caracterizado pela predominância dos recursos municipais no custeio das atividades consorciadas. Observou-se que, em praticamente todos os consórcios, a participação municipal supera 70% do total do financiamento, alcançando percentuais superiores a 90% em consórcios com sede em Pato Branco (96,69%), Campo Mourão (92,54%) e Medianeira (92,63%). Em contrapartida, a participação dos entes estadual e federal apresenta menor representatividade, com registros, em alguns casos, de inexistência de repasses por parte de um ou de ambos os entes.

No que se refere ao financiamento federal da AAE gerenciada pelos CPIS, verificou-se que 85,71% dos consórcios do estado do Paraná recebem recursos de custeio provenientes da União, correspondendo a uma média condicional de 9,94% do orçamento total, quando excluídos os casos sem repasse. Esses recursos são transferidos, predominantemente, por intermédio do Fundo Estadual de Saúde ou do Fundo Municipal de Saúde, nos casos em que a sede do consórcio se localiza em município com gestão plena. Observa-se, ainda, que o financiamento federal se concentra no bloco da Média e Alta Complexidade, contemplando serviços ambulatoriais especializados e dispositivos específicos da rede, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centros Especializados em Reabilitação (CER).

Quanto ao financiamento estadual dos consórcios, os achados demonstram que 95,23% dos consórcios receberam recursos do ente estadual, evidenciando a presença do governo estadual no cofinanciamento da atenção especializada gerida pela ação consorciada. Apenas um consórcio não é contemplado por esse tipo de repasse, sendo a média de participação do financiamento estadual de 8,9% no orçamento total dos consórcios analisados.

O bloco dos consórcios que atuam na *Urgência e Emergência* apresenta uma configuração de financiamento distinta daquela observada na atenção especializada. Nesse arranjo, identifica-se maior participação dos entes estadual e federal no custeio das atividades consorciadas, com percentuais que, em alguns casos, se aproximam ou superam 40% do total dos recursos. Destacam-se o Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Noroeste do Paraná, no qual a soma das participações estadual e federal alcança 56,26%, e o Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste, com 49,17%, indicando maior participação desses entes no financiamento dessas iniciativas.A análise desse conjunto indica que, em média, o ente estadual responde por 18,51% do custeio da atividade consorciada, enquanto o ente federal participa

com 28,88% dos recursos. Ainda assim, mesmo nesse arranjo com maior participação dos demais entes, os municípios permanecem como os principais financiadores dos consórcios, com participação que varia entre 43,74% e 71,92% do total dos recursos, evidenciando a centralidade do financiamento municipal na sustentação das ações consorciadas.

Em contraste com os blocos analisados anteriormente, o consórcio responsável pela *Assistência Farmacêutica* apresenta o desenho mais equilibrado entre os entes federados. No Consórcio Intergestores Paraná Saúde, os recursos municipais representam 52,65%, enquanto os aportes estaduais (23,72%) e federais (23,63%) se distribuem de forma praticamente simétrica.

O segundo eixo de análise está relacionado ***a finalidade e escopo de atuação*.** No que se refere à finalidade da ação consorciada em saúde do Paraná, observa-se a predominância da política de saúde como eixo estruturante da cooperação intermunicipal no estado. Entretanto, os resultados indicam que 17,29% dos consórcios já se configuram como multifinalitários, ampliando sua abrangência para outras políticas públicas.

Quadro 7- Atuação dos Consórcios Multifinalitários do Paraná, 2024.

CPIS	Áreas de Atuação
CISNORP	Saúde, Agropecuária, Meio Ambiente, Turismo, Assistência Social (proteção social especial), Infraestrutura, Educação, Cultura e Esporte, Resíduos Sólidos Urbanos, Desenvolvimento Regional, Tecnologia, Eventos diversos, Habitação, Saneamento Básico, Engenharia, Arquitetura, Topografia, Segurança Pública e Vigilância Sanitária.
CISNOP	Assistência Social, através de Casa Lar, consultas, exames, compras de materiais de consumo, casa de apoio, SAMU, transporte sanitário.
CICENOP	Assistência Social (proteção social especial), Saúde, Desenvolvimento Econômico Regional, Esporte, Cultura, Lazer, Gestão Ambiental, Infraestrutura e Fiscalização Sanitária.
PROAMUSEP	Saúde, Educação, Assistência Social, Meio Ambiente, Saneamento Básico, Habitação, Agricultura, Transporte, Segurança Pública, Turismo e Desenvolvimento Regional.
COMESP	Saúde, Urgência Emergência, Assistência Social (proteção social especial), Desenvolvimento Regional, Apoio ao Serviço de Inspeção Municipal, Agricultura.

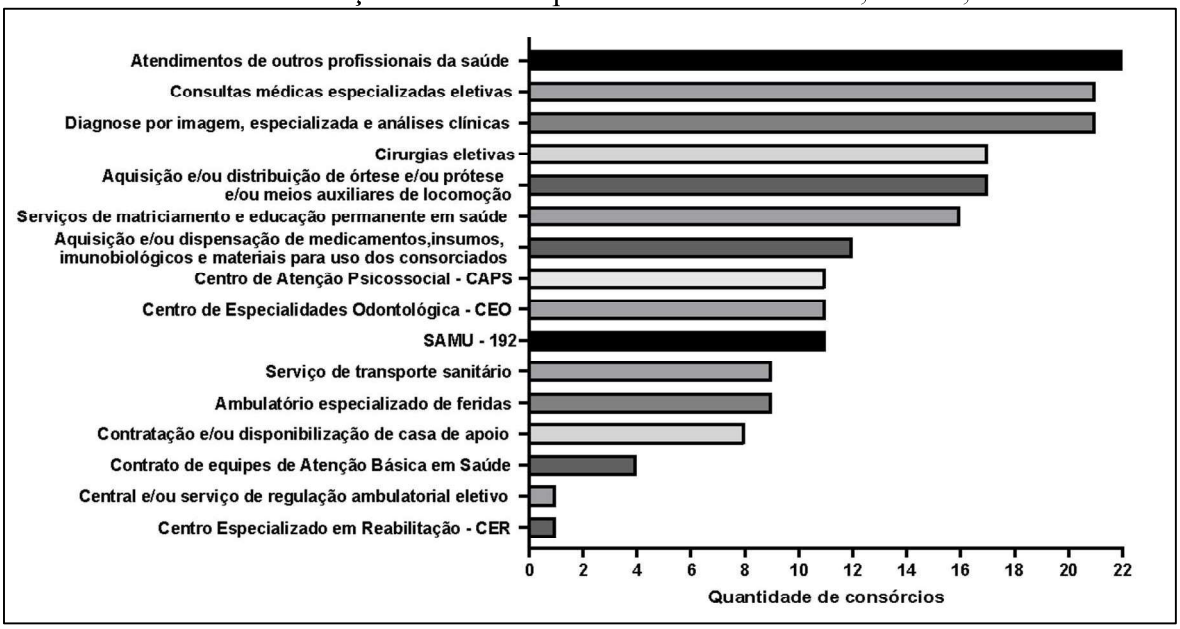
Fonte: Elaboração própria.

A análise do Quadro 7, que contempla os cinco consórcios multifinalitários (CISNORP, CISNOP, CICENOP, PROAMUSEP e COMESP) demonstra que a ação consorciada em saúde vem incorporando diferentes áreas. Entre essas, destacam-se Assistência Social, Meio Ambiente, Saneamento Básico, Educação, Cultura, Esporte, Infraestrutura, Agricultura, Segurança Pública e Desenvolvimento Regional. Apesar dessa diversidade, observa-se que, juntamente com a Saúde, a Assistência Social está presente em 100% desses consórcios.

Destaca-se que os consórcios que desenvolvem ações sociais são voltados à proteção social especial, incluindo iniciativas de acolhimento de mulheres e crianças em situação de violência. Além disso, o Desenvolvimento Regional está presente em 80% dos consórcios multifinalitários, enquanto áreas como Meio Ambiente, Infraestrutura e Agricultura aparecem em 60% dos casos, evidenciando uma inflexão da ação consorciada na saúde com agendas intersetoriais.

O Gráfico 2 demonstra o escopo das ações desenvolvidas pelos CPIS, evidenciando a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) como o escopo predominante de atuação. Entre os 28 respondentes do *websurvey*, 78,6% ofertam atendimentos multiprofissionais, enquanto 75,0% realizam consultas médicas especializadas eletivas. Percentual semelhante foi observado para a oferta de serviços de diagnóstico por imagem, diagnóstico especializado e análises clínicas, também presentes em 75,0% dos consórcios.

Gráfico 2 – Ações realizadas pelo consórcio de saúde, Paraná, 2024.



Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que 60,7% dos consórcios executam cirurgias eletivas e igual percentual atua na aquisição e/ou distribuição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Somado a isso, 57,1% desenvolvem serviços de matriciamento e educação permanente em saúde, enquanto 46,4% realizam aquisição e/ou dispensação de medicamentos, insumos, imunobiológicos e materiais de uso para os entes consorciados.

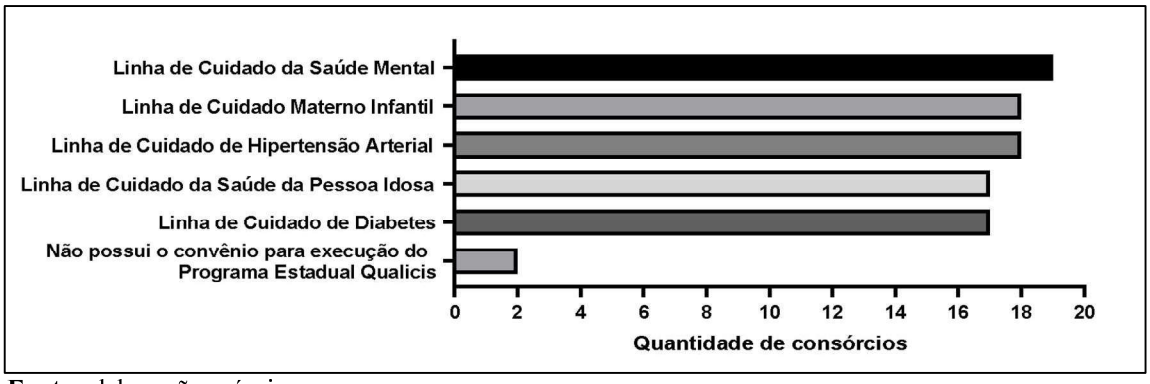
No que se refere a dispositivos específicos da RAS, 42,9% dos consórcios ofertam Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o mesmo percentual disponibiliza Centros de

Especialidades Odontológicas (CEO). Já os serviços de urgência e apoio logístico apresentam menor frequência, com 35,7% dos consórcios gerenciando SAMU e transporte sanitário. Outros serviços, como ambulatório especializado de feridas (32,1%) e contratação ou disponibilização de casa de apoio (28,6%) também foram identificados.

Por fim, verificou menor incidência de ações relacionadas às ações da Atenção Primária e serviços de maior especificidade, como contratação de equipes de Atenção Básica (10,7%), central ou serviço de regulação ambulatorial eletiva (3,6%) e Centros Especializados em Reabilitação (3,6%). Esses resultados evidenciam que a centralidade do escopo da ação consorciada está na AAE, ao mesmo tempo em que demonstram a diversificação das ações desenvolvidas, com diferentes níveis de incorporação de serviços complementares e dispositivos da rede de atenção à saúde.

Dos 21 CPIS participantes da pesquisa que executam ações de AAE, 90,5% mantêm convênio vigente com o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (QualiCIS), demonstrando ampla adesão a essa estratégia estadual e a relevância da ação consorciada na implementação das linhas de cuidado prioritárias da Secretaria de Estado da Saúde.

Gráfico 3 - Linhas de cuidado previstas Programa Qualicis, Paraná, 2024, n=21.



Fonte: elaboração própria.

Conforme apresentado no Gráfico 3, a área de Saúde Mental apresenta a maior adesão, com 90,5% dos consórcios inseridos nessa linha. Em seguida, destacam-se a Linha Materno-Infantil e a Linha de Hipertensão Arterial, ambas presentes em 85,7% dos consórcios. As Linhas de Cuidado voltadas à Pessoa Idosa e ao Diabetes aparecem em 81,0% dos casos. Assim, a atuação dos CPIS tem contribuído na organização da RAS ao se consolidarem como pontos importantes de Atenção Ambulatorial Especializada nas Linhas de Cuidado priorizadas pelo estado.

O terceiro eixo analítico examina a integração da ação consorciada com as ***estruturas de governança regional do SUS***. Para tanto, esse eixo se organiza em três subdimensões: a participação dos consórcios nas instâncias deliberativas do SUS, sua inserção no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e sua presença nos espaços institucionais de participação social.

Os dados apresentados na Tabela 4 revelam inserção heterogênea dos CPIS nos espaços formais de planejamento e governança regional do SUS. No que se refere à elaboração do Planejamento Regional Integrado (PRI) em 2024, observou-se que 57,1% dos consórcios foram convidados a participar das etapas de construção do instrumento, enquanto 42,9% efetivamente participaram desse processo. Os achados sugerem que, embora haja reconhecimento institucional da relevância dos CPIS para a organização regional da atenção, sua inserção no planejamento ainda se mostra restrita e pouco institucionalizada, ocorrendo, em grande medida, de forma circunstancial e dependente de convites, e não como parte estruturante da governança regional.

Tabela 4 – Participação no Planejamento Regional Integrado e na Comissão Intergestora Regional, Paraná, 2024.

Espaços de governança	n	%
Convite para participação no PRI		
Sim	16	57,1
Não	12	42,9
Participação no PRI		
Sim	12	42,9
Não	16	57,1
Convite para participação no CIR		
Sim	8	28,6
Não	20	71,4
Frequência de participação no CIR		
Regular	7	25
Eventual	7	25
Não participa	6	21,4

Fonte: Elaboração Própria.

Situação semelhante foi observada no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR). Apenas 25% dos consórcios participam regularmente das reuniões, enquanto 25% o fazem de forma eventual e 21,4% não participam desse espaço. Soma-se a isso o fato de que 71,4% relataram não receber convites para participação na CIR, o que reforça a baixa incorporação desses arranjos ao principal fórum regional de pactuação interfederativa do

SUS. Em conjunto, esses dados apontam que, apesar da centralidade dos consórcios na provisão e organização regionalizada dos serviços, sua inserção nos espaços formais de governança permanece limitada. Esse cenário revela um descompasso entre o planejamento regional e as prioridades definidas no âmbito do colegiado de prefeitos, fragilizando a articulação entre decisão política, planejamento técnico e execução consorciada, com possíveis repercussões na efetividade do processo de regionalização do SUS.

Essa limitação, contudo, não se reproduz de forma homogênea quando observada a participação dos consórcios nos espaços ampliados de debate e deliberação da política de saúde. Conforme apresentado na Tabela 5, 64,3% dos CPIS participaram de ao menos uma conferência de saúde realizada em 2022. Dentre esses, 46,4% estiveram presentes tanto nas conferências municipais quanto na etapa estadual, enquanto 17,9% participaram exclusivamente das etapas municipais. Entre os consórcios participantes, 53,6% atuaram como representantes do segmento prestador de serviços. Esses achados indicam que, embora os CPIS ocupem posição periférica nas instâncias formais de governança regional, parte expressiva deles reconhece as conferências de saúde como espaços legítimos de participação e debate público das demandas e prioridades que emergem do território.

Tabela 5 – Participação social dos CPIS, Paraná, 2024.

Participação Social	n	%
Participação da Conferência de Saúde realizada em 2022		
Sim, Conferência Municipal e Conferência Estadual	13	46,4
Sim, Conferência Municipal somente	5	17,9
Sim, Conferência Estadual somente	2	7,1
Não	8	28,6
Segmento de participação na Conferência de Saúde		
Prestador de Serviço	15	53,6
Usuário	2	7,1
Gestor	1	3,6
Não participa	10	35,7
Membro do Conselho de Saúde municipal dos entes consorciados		
Sim, do município sede	12	42,9
Sim, de outro município	1	3,6
Não	15	53,6
Prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde no exercício de 2023		
Sim, do município sede do consórcio	2	7,1
Sim, de mais de um município	2	7,1
Não	24	85,7
Formas de participação do usuário		
Ouvidoria	19	67,9
Pesquisa de Satisfação	3	10,7
GTC	1	3,6
Não participa	4	14,3

Fonte: Elaboração própria.

Entretanto, quando observada a participação em instâncias permanentes de participação social, os dados revelam fragilidades mais acentuadas. Verificou-se que 53,6% dos consórcios não integram Conselhos Municipais de Saúde e que 85,7% não realizaram prestação de contas a esses colegiados no exercício de 2023. Esses resultados evidenciam limites importantes na institucionalização de mecanismos de transparência, controle social e *accountability*, especialmente quando se considera o papel estratégico dos consórcios na execução de serviços regionalizados e na alocação de recursos públicos.

Nesse sentido, embora os CPIS participem de espaços ampliados de debate, sua baixa inserção em instâncias permanentes de controle sugere que a participação social ainda não se consolida como dimensão estruturante da governança consorciada. Essa fragilidade também se expressa nos mecanismos diretos de escuta e interlocução com os usuários.

A ouvidoria configura-se como o principal instrumento adotado, presente em 67,9% dos CPIS. Em contrapartida, apenas 10,7% realizam pesquisas de satisfação e 3,6% utilizam grupos técnicos de participação, enquanto 14,3% não possuem mecanismos formais de participação dos usuários. Esse cenário evidencia que a participação social nos consórcios ainda se concentra em instrumentos de caráter reativo, voltados à recepção de demandas individuais, em detrimento de estratégias mais estruturadas e deliberativas de participação social. Ainda que relevantes, esses mecanismos tendem a operar de forma limitada no fortalecimento de processos participativos mais estruturados, coletivos e deliberativos.

O último eixo analítico dos dados quantitativos apresenta dados referentes a ***Governança Interna*** do CPIS. A governança dos CPIS no Paraná estrutura-se a partir da articulação entre instâncias políticas, técnicas e de controle, materializadas, respectivamente, nas Assembleias de Prefeitos, nos Conselhos Curadores ou Técnicos e nos Conselhos Fiscais. Conforme apresentado naTabela 6, observou-se que, em 64,3% dos consórcios, as Assembleias Gerais são realizadas sem cronograma previamente definido, sendo convocadas conforme demanda. Apenas 28,6% realizaram reuniões semestrais e 7,1% adotaram periodicidade bimestral. Embora a Assembleia de Prefeitos constitua a principal instância decisória dos consórcios, a ausência de regularidade na sua realização pode limitar sua capacidade de orientar de forma colegiada e contínua a ação consorciada.

Tabela 6 – Características das Assembleias de Prefeitos dos CPIS, Paraná, 2024.

Assembleia de Prefeitos	n	%
Frequência de realização		
Bimestral	2	7,14
Semestral	8	28,6
Sem cronograma definido	18	64,3
Caráter da Assembleia Geral		
Deliberativo	27	96,4
Consultivo	1	3,6
Membros efetivos		
Chefes do executivo do ente consorciado	28	100
Papel dos secretários de saúde		
Membros efetivos	1	3,6
Convidados	22	78,6
Não são convidados	5	17,9

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere ao caráter das Assembleias, 96,4% dos consórcios atribuem função deliberativa a essa instância, reafirmando sua centralidade na tomada de decisão. Além disso, em 100% dos casos, os membros efetivos das Assembleias são os chefes do Poder Executivo municipal, demonstrando o predomínio da dimensão política na governança consorciada. Ainda que não integrem formalmente a composição dessas instâncias, os secretários municipais de saúde participam como convidados em 78,6% dos consórcios, o que indica a incorporação de subsídios técnicos ao processo decisório. Por outro lado, em 17,9% dos consórcios esses gestores não são convidados, o que pode limitar a qualificação técnica das decisões.

Esse arranjo evidencia que a governança interna dos CPIS combina a centralidade política das Assembleias de Prefeitos com a atuação de instâncias técnicas e de controle. Nesse sentido, destacam-se os Conselhos Curadores ou Técnicos e os Conselhos Fiscais, que contribuem para a incorporação da racionalidade técnica, o acompanhamento da gestão e a fiscalização das ações, fortalecendo o equilíbrio entre decisão política, qualificação técnica e controle institucional.

Como demonstrado na Tabela 7, o Conselho Fiscal está presente em 100% dos consórcios, evidenciando sua institucionalização como componente obrigatório da governança interna. Entretanto, observa-se que, em 64,3% dos casos, esse órgão não possui cronograma regular de reuniões, sendo acionado apenas quando necessário. Esse cenário se reflete na mediana de duas reuniões realizadas em 2023, com variação entre zero e seis encontros, indicando limitações à atuação sistemática desse mecanismo de controle interno.

Tabela 7 – Instâncias Complementares de Governança Interna dos CPIS, Paraná, 2024.

Instâncias Complementares de Governança Interna	n	%
Conselho fiscal		
Conta com conselho fiscal		
Sim	28	100
Não	0	0
Frequência de reuniões do conselho fiscal		
Anual	3	10,7
Semestral	3	10,7
Quadrimestral	1	3,6
Trimestral	2	7,1
Bimestral	1	3,6
Sem cronograma definido	18	64,3
Quantidade de reuniões realizadas em 2023 (mediana e variação)	2	0 - 6
Conselho Curador		
Consórcio conta com um conselho curador, conselho técnico ou câmara técnica		
Sim	21	75
Não	7	25
Papel do conselho curador, conselho técnico ou câmara técnica do consórcio		
Consultivo/opinativo	17	60,7
Deliberativo	7	25
Fiscalizatório	4	14,28

Fonte: Elaboração Própria.

Por fim, verificou-se que 75% dos consórcios contam com Conselho Curador, Conselho Técnico ou Câmara Técnica, geralmente compostos por secretários municipais de saúde e equipes técnicas. Em 60,7% dos casos, essas instâncias possuem caráter consultivo ou opinativo, atuando na análise prévia das matérias antes da deliberação política. Em menor proporção, 25% apresentam função deliberativa e 14,28% exercem papel fiscalizatório. Esses dados indicam que as instâncias técnicas atuam predominantemente como espaços de apoio à tomada de decisão, contribuindo para a mediação entre as dimensões técnica e política da governança consorciada.

OS DADOS QUALITATIVOS

Na sequência, serão apresentados os resultados qualitativos da pesquisa, com o objetivo de aprofundar a análise e possibilitar o cruzamento das informações empíricas produzidas nas diferentes etapas do estudo. Para tanto, estruturou-se um quadro analítico que reúne as três formações discursivas e os dezesseis núcleos de sentido identificados no *corpus* empírico. Ao todo, foram extraídos 119 trechos provenientes das transcrições das entrevistas e das contribuições registradas nas tarjetas da oficina, correspondentes aos discursos dos atores estratégicos participantes da pesquisa. Esse conjunto de evidências qualitativas

subsidia a construção interpretativa apresentada a seguir, permitindo uma análise mais aprofundada e multifacetada do objeto investigado

Quadro 8 – Formações Discursivas e Núcleos de Sentido.

Formação Discursiva	Núcleos de sentido
FD 1 - O Consórcio como dispositivo de fortalecimento regional e apoio aos municípios para efetivação do SUS	(1) Indispensabilidade aos municípios (2) Cooperação Interfederativa (3) Garantia de Acesso a Serviços Especializados (4) Eficiência, Resolutividade e Economia (5) Apoio à Gestão Municipal (6) Materialização da Regionalização (7) Ampliação do Escopo de Atuação (8) Promove Integralidade do Cuidado (9) Superação do Modelo Biomédico (10) Preenchimento de Lacuna
FD 2 - O desafio da natureza de ação consorciada	(11) Confundimento de Papéis (12) Ausência de Coordenação Federativa (13) Fragilidade da Integração Institucional no SUS
FD 3 – A governança interna e participação social	(14) Tensão entre Gestão Técnica e Influência Política (15) Necessidade de Transparência (16) Participação Social

Fonte: Elaboração Própria.

Os resultados da análise do *corpus* discursivo revelaram a coexistência de três Formações Discursivas distintas, que organizam os sentidos sobre a atuação dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (CPIS) no Paraná. Essas FDs não apenas descrevem, mas também disputam e constituem o significado dessa ação consorciada dentro do SUS.

A primeira formação discursiva identificada como FD 1: *"**O Consórcio como dispositivo de fortalecimento regional e apoio aos municípios para efetivação do SUS**"* traz enunciados que posicionam os consórcios de saúde como ferramenta essencial e proativa no campo da saúde coletiva. Os consórcios emergem como dispositivo indispensável aos municípios, associado a atributos de eficiência, resolutividade e economia de escala, com papel ativo no preenchimento de lacunas assistenciais e gerenciais não supridas pelas demais esferas federativas. Os sentidos produzidos nessa formação inscrevem o consórcio como condição de possibilidade para a materialização da regionalização do SUS, para a promoção da integralidade do cuidado e para a superação progressiva do modelo biomédico.

A indispensabilidade dos consórcios se manifesta de forma clara na fala de um técnico do Tribunal de Contas do Estado, ao afirmar que *"no estado do Paraná os consórcios foram a 'salvação da lavoura', quando a gente fala em termos de acesso, principalmente a consultas de saúde especializadas*" (S1). A expressão popular usada pelo entrevistado "*salvação da*

lavoura" traz um efeito de sentido que extrapola a descrição funcional: ao recorrer a uma memória associada à sobrevivência diante de condições adversas, o sujeito inscreve os consórcios em um lugar de necessidade estrutural, e não de escolha. Essa interpretação é relevante, pois indica que os consórcios passam a ser compreendidos como uma resposta estrutural às limitações do sistema, revelando uma posição-sujeito que reconhece, ainda que de forma indireta, as insuficiências existentes, sem nomeá-las como falha do Estado.

Em continuidade a esse sentido, a representante da Secretaria Estadual de Saúde define os consórcios como *"[...] uma força estratégica de união dos municípios para que juntos possam estar resolvendo as questões de saúde das suas populações. Uma estratégia de fôlego dos municípios para organizar a atenção à saúde*" (S5). Esse excerto traz sentidos associados à resistência institucional e à cooperação solidária: ao caracterizá-los como "*força estratégica*" e "*estratégia de fôlego*", o discurso reconhece a necessidade de respostas dos municípios frente às demandas da população, em um contexto marcado pela descentralização das responsabilidades em saúde.

Assim, mais do que um mecanismo operacional de prestação de serviços, os consórcios são aqui configurados como arranjos político-institucionais que reconfiguram as relações entre os entes federados, atribuindo-lhes papel ativo na mediação entre demandas territoriais, capacidade de oferta e coordenação interfederativa.

Essa compreensão é reforçada pelo representante do Ministério Público, que destaca o "*papel relevantíssimo para a prestação de serviços*" desempenhado pelos consórcios, muitas vezes "*diante da, não sei se eu qualificaria como uma omissão, ou talvez uma falta, de investimento mais adequado por conta de outras esferas de governo, estado ou a união*" (S7). A dificuldade ao nomear essa ausência, entre "*omissão*" e "*falta*", apresenta um posicionamento discursivo cauteloso, que busca reconhecer a insuficiência estatal sem estabelecer responsabilização direta, mas deixando evidente a lacuna que os consórcios são chamados a preencher.

Os discursos dos entrevistados reforçam essa leitura ao evidenciar a percepção de insuficiência do apoio estadual e federal e o consequente deslocamento de responsabilidades para os municípios. Nesse sentido, um representante do Tribunal de Contas da União sintetiza essa dinâmica ao afirmar que:

> Na atualidade (…) os consórcios de saúde têm desempenhado um papel relevantíssimo para a prestação de serviços, muito diante da, não sei se eu qualificaria como uma omissão, ou talvez uma falta, de investimento mais adequado por conta de outras esferas de governo, estado ou a união, onde o município acaba absorvendo uma boa

> demanda, e às vezes colocando em execução tarefas que não lhe seriam, em tese, próprias (S2).

A pressão que recai sobre os municípios nesse contexto é tematizada de forma precisa pelo representante do COSEMS, ao destacar que "*os municípios acabam se organizando em consórcios para 'dar cabo' dessa demanda",* acrescentando que *"a forma de pressão popular [...] é mais efetiva no município porque estão próximos os atores"* (S10). Essa proximidade territorial entre usuários e gestores locais (prefeitos e secretários de saúde) é compreendida como um ponto que intensifica a urgência das demandas, uma vez que é o município que absorve diretamente as necessidades da população e, por isso, encontra no consórcio uma forma de ampliar sua capacidade de resposta de maneira mais ágil e juridicamente amparada.

Nessa mesma direção, o entrevistado do CONASEMS sintetiza essa dimensão de necessidade que os consórcios assumem: "*eu realmente não consigo imaginar de que outra forma faríamos. Se cada município tivesse que sozinho fazer todas as contratações que não foram assumidas de forma tripartite*" (S6). O excerto funciona como um fechamento argumentativo que desloca o consórcio da condição de alternativa para a de necessidade, indicando que não há, para os municípios, outro caminho viável, diante das atuais conjunturas normativas, econômicas e políticas do federalismo brasileiro, para garantir o provimento de serviços públicos de saúde.

A racionalidade econômica e operacional que fundamenta essa condição é explicitada pelo representante do Tribunal de Contas da União, ao afirmar que "*a forma de executar é através de consórcio, uma forma racional, porque se compra serviço em escala"* (S2). A noção de escala aparece aqui como argumento que legitima a ação consorciada, inscrevendo-a em uma lógica de eficiência que articula os campos da gestão pública e da política de saúde. Esse sentido aparece na fala de outro entrevistado, representante do CONASEMS, que destaca a "*capacidade de potencializar a resolutividade dos problemas com a saúde, um desses problemas, a saúde bucal*" (S10). Essa afirmação evidencia que a eficiência não é tratada de forma abstrata, mas como a capacidade de responder a demandas dos territórios.

A dimensão estratégica dos consórcios se amplia quando considera sua inflexão para multifinalidade. A representante da ACISPAR aponta que "*o instrumento Consórcio se consolida como uma forte ferramenta para o processo de regionalização, principalmente dentro da área da saúde, mas em outras políticas públicas também, além de fomentar a transversalidade das ações públicas em convergência ao cidadão"* (S3). Essa formulação evidencia uma mudança de sentido importante**:** ao deslocar o consórcio da condição de instrumento de saúde para ferramenta de governança regional, o discurso amplia seu escopo,

inscrevendo-o como dispositivo capaz de articular múltiplas políticas públicas em torno de uma racionalidade territorial próxima ao cidadão.

A vinculação dos consórcios à regionalização do SUS é reiteradamente afirmada pelos sujeitos entrevistados. A representante da Secretaria Estadual de Saúde registra que *"eles nasceram com essa preocupação de avançar o processo de regionalização do estado"* (S5), inscrevendo os consórcios em uma trajetória institucional orientada por um projeto político-sanitário de longa data.

Essa dimensão estruturante é retomada pelo representante do CONASEMS, que afirma que "*eles são fundamentais, principalmente para a efetivação da regionalização*" e que *"o consórcio materializa algumas coisas que a gente só tem escrito"* (S6). A expressão "*materializar o que está escrito*" demonstra a distância entre o plano normativo e o plano das práticas, posicionando o consórcio como dispositivo capaz de converter diretrizes abstratas em ações concretas nos territórios. Esse mesmo entrevistado acrescenta que o consórcio cria a "*possibilidade da continuidade do cuidado de maneira regional, e aí a possibilidade da gente exercer a governança, a solidariedade, porque quando a gente contratualiza em região, a gente se torna mais solidário"* (S6), articulando eficiência operacional, coordenação regional e solidariedade entre entes como resultado da ação consorciada.

Essa centralidade é reafirmada pela representante da ACISPAR, ao enunciar que "*os consórcios acabam assumindo o papel de essencialidade na continuidade do ordenamento e coordenação da assistência [...], o papel dos consórcios se torna primordial nas estruturas regionais do Paraná"* (S3). O uso do termo essencialidade reforça discursivamente o efeito de sentido que organiza desta FD, produzindo um efeito de naturalização do protagonismo consorciado na arquitetura regional do sistema.

Por fim, os discursos analisados evidenciam uma ampliação do escopo de atuação dos consórcios em direção ao fortalecimento da rede de cuidados. Conforme aponta o entrevistado do COSEMS *"alguns consórcios dentro da estrutura do Paraná convergem ações principalmente no apoio à organização da atenção primária, oferecendo ações de matriciamento, capacitação e educação permanente, mesmo em um cenário marcado pela rotatividade na atenção primária"* (S10). Essa ampliação indica que, ao incorporar práticas de matriciamento, educação permanente e apoio à APS, os consórcios passam a atuar em uma lógica de cuidado compartilhado, integração entre equipes e coordenação territorial, o que tensiona o modelo biomédico tradicional.

Contudo, essa ampliação de escopo não se faz sem tensões. O representante do COSEMS aponta que:

> O QualiCIS nos ajuda, ele amplia as funções do consórcio e nos coloca novas metas e responsabilidades, mas o repasse de custeio é incompatível com os compromissos que assumimos, o que acaba mantendo a sobrecarga financeira sobre os municípios para que o consórcio consiga cumprir o que o programa exige (S10).

Esse enunciado introduz uma contradição interna à própria FD, ao mesmo tempo em que os consórcios são posicionados como dispositivos de fortalecimento municipal, as condições concretas de financiamento revelam um descompasso entre a expansão das responsabilidades e os recursos alocados, transferindo para os municípios o ônus de sustentar aquilo que o programa estadual não cobre integralmente.

Essa tensão não anula os sentidos predominantes desta formação discursiva, mas os qualifica, demonstrando que o protagonismo dos consórcios frequentemente se concretiza sob condições de restrição financeira que limitam sua plena potencialidade como instrumento de efetivação do SUS.

Em contrapartida, a FD 2, nomeada "***O desafio da natureza de seu papel e de sua integração nos espaços formais de gestão do SUS***", congrega os sentidos que expõem as ambiguidades e os desafios enfrentados pelos consórcios. Esta formação discursiva materializa a dificuldade de definir o papel do consórcio, revelando a percepção de uma indefinição e sobreposição de funções. Há um alerta para o risco de se tornar um "quarto ente", desordenando a governança. A ausência de ordenamento e padronização estadual, juntamente com a fragilidade da integração institucional no SUS e o esvaziamento da função do ente estadual, são elementos centrais que desafiam a clareza de sua inserção e integração nos espaços formais de gestão do SUS.

A origem desse processo é localizada, nos discursos, em um movimento de esvaziamento progressivo da atuação estadual na atenção especializada. O representante do Tribunal de Contas do Estado descreve esse percurso ao afirmar que:

> No estado do Paraná, os mesmos foram formados a partir de uma indução estatal oriunda de seu esvaziamento na prestação de serviço da atenção ambulatorial especializada. Eles assumiram um papel que seria do Estado, quando se pensa em atenção primária, atenção secundária, o estado não estava fazendo o seu papel na atenção secundária suficientemente. Na verdade, ele tinha os CRES, e os médicos que ele tinha, em grande parte, eram do Ministério da Saúde, cedidos, médicos já avançando na idade [...] na medida em que o serviço foi se esvaziando, o Estado não fez concurso para novos médicos (S1).

Esse excerto revela que a expansão dos consórcios não resultou de um planejamento orientado por diretrizes claras de regionalização, mas de uma resposta ao vazio deixado pelo

recuo do ente estadual, o que coloca a ação consorciada, desde sua origem, em uma posição ambígua, necessária na prática, mas sem definição institucional clara.

Essa ambiguidade é resumida de forma direta quando se afirma que *"o consórcio virou essencial para o SUS regional, mas nunca teve seu papel claramente definido" (Of1).* O enunciado demonstra o paradoxo central desta FD, visto que quanto mais os consórcios se tornam indispensáveis, mais evidente se torna a ausência de definição institucional de sua atuação. Nessa mesma direção, um dirigente de consórcio afirma que *"o Estado planeja, mas quem faz acontecer na prática é o consórcio. [...] eles nasceram justamente para dar conta da regionalização que o Estado não conseguiu fazer sozinho" (S8*), evidenciando uma dissociação entre formulação e execução das políticas regionais, que atravessa toda esta formação discursiva.

Essa lacuna normativa se manifesta concretamente nas dificuldades de inserção dos consórcios na estrutura formal do SUS. A representante da Secretaria Estadual de Saúde reconhece que *"mesmo tendo legislação própria, eles ainda precisam engrenar melhor na estrutura do SUS",* pontuando que *"a gente precisa ainda definir melhor qual é a sua responsabilidade, a sua função, as suas atribuições para engrenar melhor na estrutura do sistema de saúde",* e questionando diretamente*: "se é gestor, é prestador, qual é a sua função?" (S5).* A pergunta, formulada por quem ocupa uma posição central na gestão do sistema estadual de saúde, demonstra que a indefinição não é apenas operacional, mas também política e institucional.

Essa tensão se aprofunda quando se considera a configuração da governança interfederativa em que os consórcios estão inseridos. A coexistência de um colegiado de prefeitos responsáveis pela gestão consorciada do território e da Secretaria Estadual de Saúde com suas estruturas regionais cria sobreposições que dificultam a delimitação de competências. Como aponta a mesma entrevistada*, "é bem complicado mesmo pensar nas suas ações quando você tem um conjunto de gestores que são os prefeitos, que coordenam, que são os responsáveis pelos consórcios, e você tem uma Secretaria de Estado da Saúde",* concluindo que *"fica uma indefinição em relação às competências" (S5).* Nesse contexto, os consórcios tendem a ser reduzidos, por parte de alguns atores, à condição de simples prestadores de serviços, como traz a afirmação de que *"eu os vejo como prestadores, tanto é que firmamos contratos com os consórcios" (S5).* Essa leitura restritiva desconsidera a dimensão coletiva e política dos consórcios, apagando seu papel como instrumento de ação cooperativa, apoio à gestão e com contribuição na efetivação do princípio da regionalização.

A ausência de uma definição abre espaço para outro risco apontado nos discursos: o da conformação de um "quarto ente" no SUS. O representante do CONASEMS alerta que:

> A gente toma muito cuidado para o consórcio não crescer de um tanto que se sinta um quarto ente [...] tem consórcios hoje que sentam para discutir a construção de política pública querendo tomar decisão junto com o secretário, junto com o prefeito, junto com o governo do estado, e isso não é legal (S6).

Esse enunciado delimita os limites de atuação dos consórcios onde eles podem executar, apoiar e viabilizar, mas não devem substituir ou disputar com os entes federados a função de formular e decidir sobre política pública. Contudo, esse limite torna-se complexo quando a atuação cotidiana dos consórcios os coloca diante de decisões que extrapolam a mera execução de serviços.

Essa tensão entre expansão prática e indefinição formal resulta, por fim, em uma sobrecarga institucional reconhecida pelos próprios dirigentes dos consórcios. Um deles aponta que "*nós estamos num momento em que a gente precisava definir melhor os papéis, no sentido de organização mesmo*", reconhecendo que "*não que o consórcio não possa fazer, porque ele faz, faz com competência*", mas que "*está uma sobrecarga mesmo, um acúmulo de coisas*" (S9). A fala evidencia que o problema não reside na capacidade institucional dos consórcios, mas na sustentabilidade de sua expansão sem ordenamento formal e financiamento correspondente.

Assim, é nesse descompasso, entre o que os consórcios são chamados a fazer e o que o sistema formalmente lhes reconhece, que define o núcleo de tensão desta segunda formação discursiva, sinalizando a necessidade urgente de um ordenamento que alinhe em norma aquilo que a prática já consolidou como realidade.

Por fim, a FD 3, que denominamos "***A governança interna e a participação social***", problematizam a governança interna dos consórcios e os mecanismos de participação social, revelando também desafio que atravessam o cotidiano dos CPIS. Se as FDs anteriores evidenciaram a centralidade dos consórcios para o SUS e os desafios de sua indefinição institucional, esta FD volta-se para a dinâmica interna, destacando as disputas entre lógica técnica e influência política, os limites da transparência e a presença de fragilidade quanto a participação social.

O ponto de partida desta FD é o reconhecimento de que a dimensão política é constitutiva dos consórcios, e não um elemento externo. Como destaca o excerto do representante da ACISPAR, ao trazer:

> A questão política no sentido de 'polis', o fortalecimento dos municípios, principalmente do Poder Executivo, uma vez considerando que a autoridade máxima no consórcio é a assembleia de municípios formada pelos prefeitos em exercício, traz a força regional na definição das necessidades desses municípios consolidadas em objetivo comum, que é a estrutura principiológica da constituição de um consórcio público (S3).

Esse enunciado é importante porque recupera o sentido originário da política e o mobiliza como fundamento da ação consorciada. Nessa leitura, a presença dos prefeitos na instância máxima de deliberação não é um problema a ser corrigido, mas o resultado de uma escolha institucional que vincula o consórcio ao mandato democrático dos gestores municipais. Contudo, essa dimensão política pode tensionar a racionalidade técnica que orienta a gestão dos consórcios.

Para lidar com esse desafio, alguns arranjos desenvolvem estratégias de mediação que buscam aproximar os gestores políticos da lógica regional do sistema. O representante do CONASEMS descreve uma dessas estratégias ao afirmar que "*a partir do momento que eu crio um grupo de secretários técnicos para ajudar na tomada de decisão interna do consórcio, eu estimulo os secretários a pensar sempre em região*", destacando que essa iniciativa permite, simultaneamente, "*induzir a regionalização e fortalecer a governança*" (S6). Assim , revela uma aposta na mediação técnica como forma de qualificar as decisões políticas, sem suprimir o papel dos gestores, mas orientando-o para uma perspectiva regionalizada. Porém, esse equilíbrio nem sempre se sustenta: a existência de um "*diálogo truncado ou falta de diálogo entre prefeito e secretário*" (Of.1) demonstra situações em que a separação entre a esfera política e a técnica gera ruídos, comprometendo a governança interna e dificultando a tomada de decisão compartilhada.

Associada a essa tensão, a questão da transparência emerge nos discursos como um desafio central. O representante do Tribunal de Contas do Estado é direto ao afirmar que:

> A transparência não é boa hoje. [...] o Estado deveria trabalhar em conjunto com os consórcios, poderia dar maior transparência a essa atividade, poderia dar maior suporte financeiro a essas atividades e poderia melhorar o trabalho técnico, metodológico de organização de sistema, observando quando e como o sistema está sendo adequadamente utilizado e quando não (S1).

Esse excerto não apenas traz um problema, mas também aponta responsabilidades institucionais, ao incluir o Estado como agente que deveria atuar na indução da transparência. Dessa maneira, o discurso desloca a questão do plano interno dos consórcios para o plano da coordenação federativa, indicando que a opacidade decorre também da ausência de um ordenamento estadual que estabeleça padrões e exigências.

Essa ausência de padronização é retomada pelo mesmo entrevistado ao registrar que:

> Cada um está agindo de uma forma, cada um tem um sistema diferente [...] quando as coisas são transparentes, o tribunal fica tranquilo, porque a efetividade e eficácia das ações é visível. Quando cada um faz de uma coisa, isso gera insegurança para o gestor do consórcio, é muito ruim (S1).

A fala demonstra que falta de uniformidade nos sistemas e práticas de registro não prejudica apenas o controle externo, mas também gera insegurança nos dirigentes de consórcios, que passam a atuar sem referências de avaliação e acompanhamento. Esse cenário reforça a necessidade de um papel coordenador do Estado na definição de marcos comuns de transparência e prestação de contas do CPIS.

Se a transparência representa um desafio na relação dos consórcios com os órgãos de controle, a participação social configura outro nó crítico, desta vez na relação com a sociedade. Um dirigente de consórcio reconhece que "*a participação social tem que ter, é imprescindível*", descrevendo que em sua região "*a gente participa das reuniões do CRESEM, reunião da CIR, do consórcio tem cadeira no conselho municipal também*", e avaliando que "*essa participação também, eu vejo como fundamental [...] esse fortalecimento nessas instâncias e fortalece a confiança dos conselhos, dos secretários"* (S4). O trecho combina o reconhecimento da importância da participação com a descrição de práticas concretas, mostrando esforços para aproximar o consórcio de espaços de construção colegiada que envolvem múltiplos atores. A ênfase na confiança traz a dimensão da governança, que ultrapassa os mecanismos formais e se constrói por meio do diálogo.

Entretanto, essa experiência positiva coexiste com o reconhecimento de que a participação social nos consórcios ainda é frágil. O representante do COSEMS aponta que "*ainda que não exista a figura do conselho regional, é possível e a gente precisa encontrar mecanismos para que o controle social participe um pouco mais de perto*", defendendo que se possa "*trazer esse olhar da participação social para dentro da ação consorciada*" (S10).

A formulação reconhece a inexistência de uma instância formal de participação social nos consórcios e, ao mesmo tempo, traz a possibilidade e a necessidade de sua construção. O enunciado não se resigna ao vazio institucional, mas o nomeia como problema que exige enfrentamento.

Assim, o conjunto de enunciados que compõem esta terceira formação discursiva demonstram que os CPIS enfrentam, no plano da governança interna e da participação social, desafios que são ao mesmo tempo institucionais e políticos. A tensão entre

técnica e política, a opacidade das práticas de transparência, a ausência de padronização estadual e a fragilidade da participação social não aparecem como problemas isolados, mas limites que merecem ajustes.

6 DISCUSSÃO

Configurações institucionais e escopo de atuação

Os resultados deste estudo demonstram que a década de 1990 configura-se como marco decisivo para a consolidação da ação consorciada no Paraná. Esse resultado encontra-se alinhado com a literatura nacional, que de forma convergente identifica essa década como o momento de maior difusão dos consórcios de saúde, associando sua emergência ao processo de descentralização, à reorganização federativa e à regulamentação do SUS (Carvalho; Silva; Nicolleto, 2025; Lima, 2000).

Essa década foi marcada pela intensificação da descentralização das ações e serviços de saúde, pela ampliação das responsabilidades municipais e pela insuficiência de mecanismos federais e estaduais capazes de assegurar, de forma equânime, a oferta de serviços de média complexidade. Diante desse cenário, a expressiva concentração de consórcios instituídos no período não pode ser compreendida como resultado espontâneo de cooperação, mas como expressão de condicionantes estruturais, normativos e políticos que marcaram a conformação do SUS.

No caso paranaense, esse movimento foi intensificado por características territoriais e demográficas específicas, como a predominância de municípios de pequeno porte, o que ampliou a dependência de estratégias cooperativas para garantir o acesso à atenção especializada. Nesse contexto, a formação dos consórcios não se deu de forma linear, sendo atravessada por dinâmicas políticas, institucionais e territoriais distintas.

Bertone (1996) pontua que o surgimento de diversos CIS no Paraná, especialmente no final de 1994, esteve fortemente associado a um componente político-eleitoral, motivado pela vitória da oposição no governo estadual. Nesse cenário, diretores de Regionais de Saúde, buscando preservar seus espaços de poder, articularam a criação desses arranjos de forma acelerada. Essa interpretação revela que a gênese dos consórcios esteve vinculada não apenas a necessidades assistenciais, mas também a processos de disputa e reorganização do poder.

De forma complementar, Rocha (2016) demonstra que, a partir das gestões de Jaime Lerner (1995–2002), a ação consorciada passa a ser incorporada como estratégia deliberada de política pública, com forte indução estatal voltada ao fortalecimento da regionalização. Esse movimento envolveu apoio político, cessão de recursos humanos e incentivo à organização de estruturas regionais, conferindo maior institucionalidade e estabilidade aos consórcios.

Dessa maneira, observa-se que os consórcios passaram a assumir a gestão dos Centros de Especialidades Regionais (CRE), anteriormente vinculados às Regionais de Saúde da SESA (Bertone, 1996; Rocha, 2016). Assim, enquanto Bertone (1996) evidencia a emergência dos consórcios em um contexto marcado por disputas político-eleitorais e rearranjos de poder, Rocha (2016) aponta sua posterior institucionalização como instrumento estratégico da regionalização, evidenciando a complementariedade entre essas abordagens.

Embora esse processo tenha contribuído para a consolidação institucional dos consórcios, também ampliou a sobrecarga financeira municipal, evidenciando a dissociação entre descentralização de funções e descentralização de recursos, característica já apontada na literatura sobre federalismo brasileiro (Arretche, 2000).

Esse conjunto inicial de iniciativas consorciadas na década de 1990 evidencia que a cooperação intermunicipal em saúde já se configurava como uma alternativa para o enfrentamento de fragilidades regionais antes mesmo de sua formalização explícita no texto constitucional, por meio do art. 241, incluído apenas em 1998 pela Emenda Constitucional nº 19.

Assim, a gênese desses arranjos no Paraná pode ser compreendida como expressão das fragilidades do federalismo brasileiro, marcado por assimetrias de capacidade administrativa e de financiamento entre os entes. Ao mesmo tempo, configura-se como resposta à diversidade territorial e à necessidade de garantir a oferta de serviços de saúde especializados, em um contexto de esvaziamento do papel do ente estadual na gestão dos Centros de Especialidades Regionais (Rocha, 2016).

Nesse cenário, os consórcios também se configuram como arenas de disputas de poder, nas quais distintos atores institucionais tensionam e reconfiguram a organização regional da saúde. Essa interpretação dialoga com a literatura que aponta as assimetrias regionais e a fragmentação da gestão como desafios persistentes na organização do sistema de saúde (Aleluia *et al.,* 2022), reforçando a necessidade de mecanismos que promovam maior coordenação e integração entre os entes federados.

É nesse contexto que os consórcios emergem como dispositivos estratégicos de fortalecimento da capacidade municipal, diante das limitações impostas pela fragmentação federativa e pelas desigualdades territoriais. Consolidam-se, assim, como estratégias de ação coletiva voltadas à superação de fragilidades regionais, por meio da agregação de interesses e do compartilhamento de recursos (Julião; Faria, 2016; Lui; Lima; Aguiar, 2022).

Os resultados desse estudo indicam um deslocamento do papel dos consórcios, que deixam de exercer função acessória de prestação de serviços para ocupar posição central

na arquitetura do sistema, assumindo papel ativo na mediação entre demandas territoriais, capacidade de oferta e coordenação interfederativa. Esse movimento evidencia seu potencial estruturante na organização da RAS, ainda que condicionado por limites normativos, financeiros e de governança presentes no contexto do SUS.

Verifica-se, ainda, um processo de inflexão nas configurações desses arranjos, que passam a ser mobilizados como ferramentas de gestão de políticas públicas intersetoriais, ampliando sua finalidade. Essa transformação indica uma ressignificação da cooperação intermunicipal, na qual os consórcios passam a operar como plataformas de governança territorial, articulando diferentes políticas públicas e respondendo a demandas transversais dos municípios consorciados.

Esse processo está diretamente relacionado às dificuldades enfrentadas pelos entes municipais na implementação isolada de políticas públicas, especialmente nos municípios de pequeno porte, que apresentam maiores limitações institucionais e financeiras (Guimaraes *et al*, 2020; Lui; Lima; Aguiar, 2022). Nesse contexto, a atuação consorciada potencializa a articulação de esforços, o compartilhamento de recursos e o fortalecimento das capacidades institucionais, ampliando a efetividade das ações e viabilizando respostas que seriam mais onerosas ou inviáveis de forma isolada (Henrichs; Meza, 2016; Nascimento *et al*., 2021).

Observa-se que os consórcios de saúde no Paraná são formados por entes municipais, o que reafirma a prevalência da cooperação horizontal que, em tese, contribui para a preservação de uma governança técnico-institucional com menor interferência direta de outros níveis federativos (Oliveira; Pinto; Santos, 2022). Contudo, essa configuração, ao mesmo tempo em que fortalece a autonomia municipal, evidencia limites importantes na coordenação interfederativa, uma vez que a baixa participação estadual pode restringir a capacidade de indução, integração e alinhamento das ações consorciadas às diretrizes regionais do SUS.

Embora o modelo horizontal favoreça maior flexibilidade e adaptação às realidades locais, ele também impõe desafios à consolidação da regionalização, que demandam mecanismos mais robustos de coordenação, planejamento integrado e articulação entre os diferentes níveis de gestão. Assim, a predominância da cooperação horizontal reforça a necessidade de fortalecimento da governança interfederativa, de modo a assegurar maior coerência na organização da Rede de Atenção à Saúde e evitar a fragmentação e sobreposição das ações no território.

A atuação desses arranjos no Paraná tem como eixo central a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), especialmente no que se refere à ampliação do acesso e à redução das desigualdades regionais (Bertone, 1996; Rocha, 2016; Carvalho; Silva; Nicoletto, 2025).

Nesse contexto, os consórcios configuram-se como mecanismos estratégicos de cooperação intermunicipal, capazes de produzir ganhos de escala e racionalizar a oferta de serviços especializados (Lima, 2020). Contudo, essa atuação não se limita à provisão direta de serviços, envolvendo também a organização de fluxos assistenciais, a articulação entre os diferentes pontos da RAS e o fortalecimento da lógica de hierarquização do cuidado. Ao assumirem esse papel, os consórcios contribuem para a ordenação do acesso, favorecendo a definição de referências e contrarreferências e reduzindo vazios assistenciais nos territórios.

Assim, demonstra-se que a cooperação intermunicipal se configura como resposta estruturante às limitações da descentralização isolada, especialmente no provimento de serviços que exigem maior densidade tecnológica e capacidade de articulação regional, ao mesmo tempo em que contribui para a consolidação dos princípios de regionalização e hierarquização.

Ao mesmo tempo, o estudo evidencia a ampliação do escopo de atuação dos consórcios, que passam a incorporar novas funções de apoio à RAS. Esse achado alinha-se com análise apontada por Andrade *et al.* (2022), que identificam nos CPIS um suporte técnico e organizacional relevante aos municípios, contribuindo para a qualificação contínua das equipes e para o fortalecimento da rede. Mendonça *et al. (*2025) reforçam essa compreensão ao apontarem que os consórcios vêm incorporando funções educacionais e organizativas, extrapolando a dimensão estritamente assistencial, buscando uma maior integração entre os pontos da rede para garantia da continuidade do cuidado longitudinal.

Dessa forma, a diversificação das funções assumidas pelos consórcios evidencia um movimento de adensamento institucional da ação consorciada no interior de seu território, no qual esses arranjos passam a desempenhar papéis estratégicos não apenas na provisão direta de serviços, mas também na coordenação, integração e qualificação do cuidado em escala regional. Ao assumir funções de matriciamento e educação permanente, os consórcios reforçam sua atuação como instâncias mediadoras entre os diferentes pontos da rede, contribuindo para a superação da fragmentação assistencial e para o fortalecimento do cuidado.

Além da AAE, verificou-se ainda que eles vêm assumindo novas funções no apoio a rede de cuidados, como a aquisição e/ou dispensação de medicamentos, insumos, imunobiológicos e materiais de uso dos entes consorciados, reforçando o argumento de que os CPIS operam como estruturas de racionalização das compras públicas, promovendo eficiência, agilidade e maior poder de negociação. Estudos realizados no Rio Grande do Sul indicam que a atuação consorciada interfere nos preços praticados pelo mercado local, uma vez que prestadores e fornecedores tendem a ofertar valores distintos para serviços idênticos, conforme a capacidade

de barganha individual dos municípios, desigualdade que a estrutura consorciada contribui para reduzir (Lui *et al.,* 2022).

A centralização das aquisições por meio dos consórcios demonstra o potencial da cooperação intermunicipal para mitigar assimetrias de mercado e fortalecer a capacidade regulatória do poder público local. Ao operar compras em escala, os CPIS não apenas reduzem custos unitários, mas também contribuem para maior padronização de insumos, previsibilidade de abastecimento e redução de descontinuidades no acesso a medicamentos e materiais estratégicos.

Destaca-se que a promulgação da Lei nº 11.107/2005 representou um divisor de águas na institucionalização dos consórcios públicos, ao conferir segurança jurídica e estabelecer bases normativas para sua consolidação e expansão, inclusive para além do setor saúde. Resultado da convergência entre iniciativas do Poder Legislativo e Executivo, a lei introduziu inovações relevantes, como a possibilidade de constituição de consórcios com personalidade jurídica de direito público e a definição de uma arquitetura própria de governança (Baldissera, 2015). Além disso, padronizou instrumentos fundamentais à sua operacionalização, como o Protocolo de Intenções e os contratos de rateio, responsáveis por disciplinar o financiamento e a gestão desses arranjos.

No Paraná, os efeitos dessa normatização são evidentes, uma vez que os consórcios passaram a adotar predominantemente a personalidade jurídica de direito público, consolidando-se como autarquias ou associações públicas. Esse movimento contrasta com achados anteriores, como os de Schneider (2001), que identificavam consórcios organizados majoritariamente sob o regime de direito privado, evidenciando um processo de evolução institucional diretamente relacionado ao fortalecimento do arcabouço normativo. A adoção do direito público contribui para maior estabilidade administrativa, transparência e controle externo, além de favorecer a incorporação dos consórcios às rotinas da gestão pública e ampliar sua capacidade de planejamento, contratação e execução de serviços.

Contudo, o Consórcio Paraná Saúde constitui o único caso no estado que ainda não concluiu sua adequação à Lei nº 11.107/2005, encontrando-se atualmente em processo formal de regularização, em atendimento à recomendação do Ministério Público, com prazo estabelecido até outubro de 2026. Essa adequação exige a assinatura de novo Protocolo de Intenções e sua posterior ratificação pelas Câmaras Municipais, condição necessária para a permanência dos municípios consorciados e para a plena conformidade jurídica do arranjo.

Historicamente, esse consórcio apresenta especificidades em relação aos demais, uma vez que contou com participação direta da Secretaria de Estado da Saúde desde sua criação, em

1999, quando o Paraná e seus municípios instituíram, de forma pioneira, um modelo consorciado para otimização da aquisição de medicamentos. Nesse arranjo, estruturado sob a lógica de pactuação parcialmente centralizada, o Estado assume a gestão dos recursos federais e estaduais no Fundo Estadual de Saúde, sendo responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos aos municípios consorciados (Ferraes; Cordoni Junior, 2007).

A adequação jurídica desse consórcio prevê a inclusão formal do Estado do Paraná como ente consorciado, o que poderá configurar, no âmbito da assistência farmacêutica, o primeiro consórcio de caráter vertical no estado (Consórcio Paraná Saúde, 2025). Esse movimento sinaliza uma possível inflexão no modelo de cooperação predominante, tradicionalmente horizontal, ao incorporar de forma direta a participação estadual na governança consorciada.

No modelo de gestão consorciada, o contrato de rateio trata-se do principal instrumento jurídico-financeiro para a transferência de recursos dos entes municipais ao consórcio, ao estabelecer as responsabilidades econômicas de cada participante e assegurar a sustentabilidade das ações ofertadas. Conforme destacam Flexa e Barbastefano (2020), esse instrumento explicita as obrigações financeiras dos consorciados, os critérios de contribuição e os mecanismos de repasse dos recursos necessários ao funcionamento administrativo e assistencial.

No Paraná, esse modelo é predominantemente estruturado por contribuições per capita fixas, relacionando o aporte financeiro ao contingente populacional de cada município e buscando equilibrar a capacidade contributiva entre entes de diferentes portes (Martins; Tavares; Brunozi Júnior, 2024).

Essa lógica contribui para a equidade interna e para a previsibilidade orçamentária, além de favorecer a adesão dos gestores ao reduzir custos individuais, diluir riscos e ampliar a capacidade de oferta de serviços especializados, conforme também observado por Oliveira, Pinto e Santos (2022). Entretanto, a centralidade do rateio no financiamento dos consórcios evidencia uma dependência significativa dos recursos municipais, o que limita a capacidade de resposta.

Em síntese, a trajetória dos CPIS no Paraná revela arranjos que emergem das fragilidades do federalismo brasileiro e se consolidam como instrumentos estratégicos de cooperação horizontal, capazes de organizar a oferta de serviços especializados e fortalecer a capacidade de resposta dos municípios diante das assimetrias estruturais da descentralização.

Essa sobrecarga municipal não é um fenômeno do estado do Paraná. Funcia (2019) demonstra que essa tendência se aprofundou ao longo das décadas seguintes, com a participação

federal no financiamento do SUS reduzindo-se de 73% para 43% entre 1991 e 2017, enquanto a municipal cresceu 2,5 vezes no mesmo período.

Nesse cenário, os consórcios acabaram por operar, em grande medida, como resposta institucional a um arranjo federativo que transfere responsabilidades crescentes aos entes de menor capacidade arrecadatória. A análise do financiamento consorciado, com suas distintas configurações segundo o bloco de atuação, torna-se, portanto, central para compreender os limites e as possibilidades da cooperação intermunicipal no âmbito do SUS.

O financiamento da ação consorciada em saúde no Paraná

Os resultados desse estudo dialogam com análises mais amplas sobre o financiamento do SUS, que apontam a persistência de um padrão estruturalmente desequilibrado, no qual a descentralização das responsabilidades não foi acompanhada por adequada redistribuição de recursos entre os entes federados (Arretche, 2000). Conforme discutido por Funcia (2019), a organização do financiamento da saúde no Brasil tem sido marcada por insuficiência de recursos e por uma crescente pressão sobre os orçamentos municipais, especialmente no custeio da média e alta complexidade.

No caso dos consórcios paranaenses, esse cenário se expressa na elevada dependência de recursos municipais para a sustentação da AAE, evidenciando que a cooperação intermunicipal tem viabilizado a ampliação da oferta regional, mas o faz como resposta compensatória às lacunas de financiamento das demais esferas de governo. Esse achado converge com Lui, Lima e Aguiar (2022), ao demonstrarem que, embora a cooperação intermunicipal fortaleça a ação coletiva, também impõe limites estruturais à sustentabilidade do arranjo. No contexto analisado, isso se traduz na concentração do ônus do custeio sobre os municípios, acentuando sua exposição à inadimplência e à instabilidade financeira.

Flexa e Barbastefano (2020) identificam a inadimplência como um dos principais obstáculos à estabilidade institucional da ação consorciada. A irregularidade nos pagamentos compromete o planejamento, a execução orçamentária e a continuidade dos serviços. Esse cenário é agravado em consórcios compostos por municípios de pequeno porte, cuja limitada capacidade fiscal restringe a regularidade das contribuições. Assim, a inadimplência não se configura apenas como problema de gestão, mas como expressão de um arranjo de financiamento assimétrico dentro do federalismo brasileiro.

Esse padrão é corroborado por dados nacionais, que indicam elevado comprometimento financeiro dos municípios com a saúde, mesmo diante de sua limitada capacidade de

arrecadação. Segundo a Confederação Nacional de Municípios (2025), os entes municipais aplicaram, em média, 21,6% de suas receitas líquidas em saúde, percentual superior ao mínimo constitucional, sendo que mais de 50% das despesas com Média e Alta Complexidade são financiadas com recursos próprios. Tal cenário mostra um descompasso entre responsabilidades e capacidade fiscal, uma vez que os municípios concentram atribuições crescentes na provisão de serviços, mas dispõem de reduzidos mecanismos de tributação.

No federalismo brasileiro, a maior parte da capacidade arrecadatória encontra-se concentrada na União, responsável por cerca de 69% da arrecadação tributária, enquanto os estados concentram aproximadamente 25% e os municípios apenas 6%. Mesmo após as transferências constitucionais, os municípios permanecem com a menor parcela dos recursos disponíveis, correspondendo a cerca de 18% do montante total arrecadado. Essa estrutura limita significativamente a autonomia financeira municipal, especialmente considerando que sua base tributária se restringe a impostos como IPTU, ISS e ITBI, de menor capacidade arrecadatória quando comparados aos tributos federais e estaduais (Funcia, 2019).

Dessa forma, os dados reforçam que a descentralização das responsabilidades no SUS não foi acompanhada por uma descentralização proporcional dos recursos, o que aprofunda a dependência dos municípios de transferências intergovernamentais e tensiona a sustentabilidade do financiamento da saúde, particularmente na AAE, escopo central da ação consorciada do Paraná.

No que se refere ao financiamento federal da ação consorciada, os repasses destinados à AAE concentram-se no bloco da Média e Alta Complexidade e são operacionalizados por meio dos Fundos de Saúde estaduais ou municipais. Entretanto, esses recursos mostram-se insuficientes para sustentar a integralidade do cuidado e complexidade das demandas assistenciais, contribuindo para a manutenção da dependência dos recursos municipais. Esse quadro tende a sofrer inflexões a partir das recentes normativas federais, como a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, instituída em 2023, e o Programa Aqui tem Especialista, regulamentado pela Portaria nº 3.492/2024.

Neste contexto, destaca-se criação das Ofertas de Cuidado Integral (OCI), que introduzem uma lógica de financiamento orientada à resolutividade do cuidado, superando o modelo baseado em procedimentos isolados. Considerando a trajetória dos consórcios e sua capacidade de articular cuidado multiprofissional e regionalizado, a incorporação dos CPIS como executores dessas ofertas representa uma possibilidade concreta de ampliação do financiamento federal e de reconfiguração do modelo vigente, ainda que seus efeitos dependam de implementação efetiva.

Embora a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná tenha exercido papel relevante na formação dos consórcios desde a década de 1990, a institucionalização de um programa estadual específico de apoio financeiro ocorreu apenas em 2012, com a criação do COMSUS. Esse programa foi reformulado em 2020 pela Resolução SESA/PR nº 1.418/2020, que instituiu o Programa QualiCIS, introduzindo novo desenho de incentivos e fortalecendo a articulação entre financiamento, organização assistencial e desempenho regional. O programa redefine as estruturas assistenciais consorciadas como Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) inserindo-os formalmente como Pontos de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) da Rede de Atenção à Saúde (Sesa, 2020).

O Programa QualiCIS busca atribuir a esses PASA funções assistenciais, educacionais, de supervisão e de pesquisa, com atuação integrada à APS, base territorial definida e equipes multiprofissionais voltadas ao cuidado de maior complexidade. A normativa prevê sua implantação em todas as Regiões de Saúde, consolidando-os como pontos estruturantes da rede de cuidados nas linhas prioritárias do Plano Estadual de Saúde 2020–2023 (Sesa, 2020).

Estruturado em três componentes, custeio, infraestrutura e educação permanente, o programa representa um avanço no reconhecimento normativo do papel dos consórcios na AAE. Contudo, observa-se um descompasso entre a ampliação do escopo de atuação e o volume de recursos destinados ao custeio, uma vez que a indução estadual tem se concentrado predominantemente em investimentos estruturais, como construção, ampliação e aquisição de equipamentos (Sesa, 2024). Ao privilegiar a dimensão estrutural em detrimento do cofinanciamento contínuo do custeio, o desenho do programa reproduz limites históricos do federalismo sanitário, mantendo elevada a dependência dos recursos municipais para a sustentação da AAE.

Dessa maneira, a instituição do Programa Regionaliza Mais PR (Resolução SESA nº 1.997/2025) sinaliza uma possível inflexão nesse padrão ao reconhecer os consórcios como prioridade na alocação de recursos estaduais para a oferta regionalizada. A normativa estabelece prioridade aos serviços de referência regional gerenciados pelos consórcios, especialmente os AMEs, prevendo apoio ao cofinanciamento do custeio, à manutenção das estruturas físicas e administrativas, a investimentos em infraestrutura e aquisição de equipamentos e veículos, além de incentivo à educação permanente para qualificação das equipes.

Adicionalmente, a normativa incorpora diretrizes que impactam diretamente os processos de trabalho, como a implantação da Consulta Única, o fortalecimento da Saúde Digital e a interoperabilidade dos sistemas de informação. Determina-se que todos os atendimentos realizados pelos consórcios sejam registrados nos sistemas oficiais do SUS e

integrados ao Sistema Estadual de Regulação, bem como que o atendimento especializado observe, obrigatoriamente, as Linhas Guia e os protocolos clínicos pactuados pelo Estado. Esse conjunto de medidas reforça o papel estruturante dos consórcios na organização regional da Atenção Especializada e na qualificação do cuidado ofertado à população.

Contudo, Viana e Iozzi (2019), ao analisarem as assimetrias federativas e os impasses da regionalização no Brasil, advertem que iniciativas induzidas por governos estaduais frequentemente não se sustentam além dos mandatos que as originaram, sendo vulneráveis à alternância política e à descontinuidade das prioridades de gestão. Assim, embora o programa represente avanço no reconhecimento institucional dos consórcios, sua efetividade dependerá da consolidação de mecanismos estáveis de financiamento, da institucionalização de instrumentos que transcendam os ciclos eleitorais e da integração efetiva aos espaços permanentes de governança regional do SUS.

Os consórcios que atuam na Urgência e Emergência apresentam uma configuração de financiamento distinta da Atenção Ambulatorial Especializada, caracterizada por maior participação dos entes estadual e federal no custeio das atividades. Apesar dessa maior corresponsabilização, o modelo ainda mantém a sobrecarga municipal como elemento estruturante, uma vez que os aportes dos demais entes, embora mais expressivos, mostram-se insuficientes para assegurar a estabilidade financeira desses arranjos. Essa limitação é agravada pela defasagem das contrapartidas federais, que não acompanharam a inflação setorial nem o crescimento populacional, comprometendo a sustentabilidade do financiamento, conforme apontam Julião e Olivieri(2020).

Em contraste, o consórcio responsável pela Assistência Farmacêutica apresenta um desenho de financiamento mais equilibrado entre os entes federados, sustentado por uma base normativa mais estruturada. Conforme destacam Ferraes e Cordoni Junior (2007), esse arranjo foi pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e orientado pela Portaria nº 176/1999, que instituiu critérios para o cofinanciamento tripartite, definindo valores mínimos per capita e assegurando a participação proporcional da União, dos estados e dos municípios, com repasses regulares por meio dos Fundos de Saúde. Esse modelo evidencia que a existência de regras normativas mais consolidadas contribui para maior equilíbrio, previsibilidade e estabilidade no financiamento das políticas de saúde.

Esse cenário traduz o paradoxo do federalismo brasileiro discutido por Arretche (2000), no qual a descentralização das funções atribuídas aos municípios pela Constituição de 1988 não foi acompanhada por uma descentralização financeira e tributária adequada. Essa assimetria fiscal coloca um peso significativo sobre os cofres municipais, particularmente nos

municípios de pequeno porte, especialmente nos municípios de pequeno porte, que não dispõem de capacidade arrecadatória suficiente para sustentar serviços de maior complexidade, como a Atenção Especializada e a Urgência e Emergência, áreas nas quais não há provisão regular de recursos específicos e suficientes para o custeio das ações.

Nesse sentido, a comparação entre os distintos blocos de financiamento evidencia que a maior ou menor participação dos entes estadual e federal não decorre exclusivamente da natureza dos serviços, mas está fortemente associada ao grau de institucionalização normativa e à capacidade de indução das políticas setoriais no âmbito do SUS. Enquanto a Assistência Farmacêutica apresenta maior equilíbrio nos fluxos de cofinanciamento, e a Urgência e Emergência ocupa uma posição intermediária, é na Atenção Ambulatorial Especializada que se observa o maior desequilíbrio do financiamento tripartite. Essa assimetria se relaciona a um prolongado vazio normativo, uma vez que a AAE permaneceu por mais de três décadas sem diretrizes nacionais claramente estabelecidas.

Portanto, verifica-se que os CPIS assumem um papel ambíguo no âmbito do SUS, ao mesmo tempo em que fortalecem a capacidade de resposta regional e contribuem para a mitigação de desigualdades territoriais, passam a absorver responsabilidades que extrapolam a esfera municipal, com repercussões diretas sobre sua sustentabilidade financeira. Esse quadro evidencia a necessidade de reordenamento do pacto federativo na saúde, com maior corresponsabilização dos entes estadual e federal, sob pena de a ação consorciada deixar de operar como instrumento de cooperação para se consolidar como estratégia permanente de compensação das insuficiências estruturais do financiamento do SUS.

O paradoxal papel da ação consorciada

Os CPIS no Paraná emergem como respostas às fragilidades estruturais do federalismo brasileiro, na qual a descentralização das responsabilidades aos municípios ocorreu de forma pouco articulada, mantendo profundas assimetrias financeiras, técnicas e institucionais. Esse processo foi agravado pela retração da Secretaria Estadual de Saúde na coordenação regional e na provisão de serviços de média e alta complexidade, levando os municípios a buscarem soluções próprias para suprir lacunas assistenciais e configurando os consórcios como mecanismos compensatórios diante da insuficiência da atuação estadual (Mendes, 1996).

Assim, a ampliação da autonomia municipal ocorreu em um contexto de transferência de responsabilidades sem a correspondente capacidade estatal de coordenação e provisão, fazendo

com que os consórcios se consolidassem como respostas institucionais à insuficiência da atuação estadual, especialmente na atenção especializada.

A descentralização ampliou a autonomia municipal, enquanto a regionalização emergiu como estratégia de enfrentamento da fragmentação dos sistemas locais de saúde, resultante do processo de municipalização, sobretudo em contextos marcados por desigualdades territoriais e capacidades institucionais heterogêneas. Conforme Pinafo *et al.* (2020), a maioria dos municípios brasileiros não dispõe de condições técnicas, financeiras ou estruturais para ofertar isoladamente todos os níveis de atenção, o que torna a regionalização uma estratégia de organização cooperativa do território, voltada à ampliação do acesso equitativo e à garantia da integralidade do cuidado.

Sob essa perspectiva, Andrade *et al.* (2022) pontuam que a ação coletiva permite a construção de uma escala regional capaz de ampliar capacidades locais e racionalizar o uso dos recursos públicos, sendo os consórcios instrumentos centrais desse processo, ao viabilizarem a cooperação e fortalecer a governança regional. De forma convergente, Carvalho, Silva e Nicoletto (2025) compreendem os consórcios como instrumentos de gestão do SUS voltados à operacionalização da regionalização, especialmente ao suprirem lacunas na oferta de serviços especializados, seja por associação voluntária entre municípios, seja por indução estadual.

Esse entendimento dialoga com Julião e Olivieri (2020), que definem os consórcios como instrumentos de solidariedade federativa e de viabilização da regionalização. Segundo os autores, esses arranjos são estratégias capazes de enfrentar a fragmentação da prestação de serviços e de promover o apoio mútuo entre municípios com capacidades institucionais desiguais.

Esse conjunto de achados permite avançar em uma contribuição central desta tese, os CPIS do Paraná constituem, ao mesmo tempo, a condição de possibilidade e a expressão dos limites do federalismo sanitário brasileiro. São condições de possibilidade porque, sem eles, a regionalização da atenção especializada, a organização dos fluxos assistenciais e a ampliação do acesso em territórios marcados por profundas assimetrias simplesmente não se realizariam na escala em que ocorrem. Contudo, são também expressão dos limites do sistema, pois sua indispensabilidade revela aquilo que o sistema não consegue garantir por seus mecanismos, como o financiamento tripartite equilibrado, a coordenação efetiva do ente estadual, a definição clara de papéis institucionais e a integração orgânica entre planejamento regional e execução territorial.

Esse paradoxo não resulta de falhas de gestão isoladas, é constitutivo da trajetória dos consórcios no Paraná e expressa, em escala regional, as tensões não resolvidas entre descentralização, regionalização e capacidade de coordenação interfederativa no SUS. Reconhecer esse caráter paradoxal não implica negar o protagonismo e a legitimidade da ação consorciada, mas afirmar que seu fortalecimento depende de transformações que extrapolam a esfera dos próprios consórcios, alcançando o desenho do pacto federativo em saúde.

Essa centralidade, porém, também evidencia que os consórcios passam a absorver lacunas do sistema, tensionando seu papel no desenho institucional do SUS. Essa tensão manifesta-se na coexistência de um colegiado de prefeitos à frente dos consórcios e das estruturas regionais da Secretaria Estadual de Saúde, contribuindo para a sobreposição de funções e para a produção de ambiguidades institucionais. Como consequência, os consórcios oscilam entre serem percebidos como prestadores de serviços, gestores regionais ou mediadores interfederativos, sendo frequentemente compreendidos de forma reduzida, em detrimento de sua concepção como instrumentos de apoio à gestão e de ação coletiva no processo de regionalização (Mendonça; Andrade, 2022).

A ampliação progressiva das funções consorciadas, sem delimitação institucional clara, intensifica esse quadro e suscita preocupações quanto ao risco de conformação de um "quarto ente" no SUS. Esse risco não decorre da natureza dos consórcios em si, mas da ausência de definição precisa sobre seu lugar na governança regional, associada à incorporação incremental de responsabilidades que extrapolam a esfera municipal e os limites do próprio processo de descentralização e regionalização.

Essa dinâmica revela uma dissociação entre a formulação das políticas regionais e sua efetiva operacionalização no território, indicando fragilidade na capacidade do Estado de coordenar esse processo e reforçando a necessidade de aprimoramento da governança interfederativa e de maior clareza na definição de papéis institucionais

Esse quadro demonstra que o fortalecimento da ação consorciada, quando não acompanhado de uma definição institucional mais precisa, pode fragilizar a governança do SUS, ao tensionar os limites entre cooperação interfederativa e substituição de funções estatais. Ao assumir responsabilidades crescentes em contextos marcados por insuficiência de coordenação e financiamento, os consórcios passam a ocupar um espaço intermediário que não encontra respaldo claro no desenho federativo, alimentando disputas de legitimidade.

Na busca por mitigar essas ambiguidades, intensificaram-se, nos últimos anos, debates impulsionados pela Rede Nacional de Consórcios Públicos (RNCP), em articulação com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Conselhos de

Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). Como resultado desse processo, foi publicada, em 2022, a Portaria nº 2.905, que buscou oferecer parâmetros normativos para a constituição e organização dos consórcios públicos de saúde no SUS..

Os CPIS e sua integração às dinâmicas regionais

A referida portaria explicita diretrizes que reafirmam os consórcios como instrumentos de cooperação federativa, orientados tanto à prestação de serviços quanto ao desenvolvimento de ações conjuntas voltadas ao interesse coletivo em saúde. Ao enfatizar o fortalecimento do federalismo cooperativo, da regionalização e da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o normativo reconhece formalmente o papel dos consórcios na articulação regional e na superação da fragmentação dos sistemas municipais.

Além disso, a Portaria nº 2.905/2022 atribui centralidade à articulação e à coordenação entre os entes federados, destacando os consórcios como mecanismos capazes de ampliar a capacidade pública de oferta de ações e serviços de saúde, com ganhos de escala e eficiência. Ao condicionar sua atuação à observância dos pactos firmados no Planejamento Regional Integrado (PRI), aprovados nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), o normativo também busca delimitar o espaço institucional dos consórcios no interior da governança regional do SUS.

Contudo, a existência dessas diretrizes normativas não tem sido suficiente para eliminar o persistente confundimento de papéis da atuação consorciada nos territórios. A distância entre o ordenamento formal e a prática institucional reforça a compreensão de que os consórcios continuam sendo moldados por um processo incremental, no qual a normatização surge como resposta tardia a arranjos já consolidados. Esse cenário reitera tensões históricas entre autonomia municipal, coordenação estadual e governança regional do SUS.

Nesse contexto, a análise da coincidência territorial entre os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (CPIS) e as Regiões de Saúde oficialmente definidas no Paraná apresenta um cenário heterogêneo de organização da cooperação intermunicipal. Observa-se que a maioria dos consórcios reproduz os limites regionais definidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), o que sugere alinhamento às diretrizes estaduais de regionalização. Essa convergência territorial tende a favorecer maior coerência entre o planejamento regional, as instâncias de pactuação e a oferta de serviços, especialmente no âmbito da atenção ambulatorial especializada.

Por outro lado, a existência de consórcios não coincidentes revela que esses arranjos são orientados por racionalidades próprias dos municípios, ancoradas em vínculos históricos, logísticos, operacionais e políticos. Essas configurações expressam a autonomia municipal na construção de estratégias de cooperação e reforçam que o território é apropriado a partir de dinâmicas práticas, e não exclusivamente de recortes institucionais formais (Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013; Lui; Lima; Aguiar, 2022).

Entretanto, a autonomia que permite a formação desses arranjos também produz desafios relevantes para a regionalização. A não coincidência territorial pode gerar sobreposição de iniciativas, fragmentação das ações, vazios assistenciais e disputas políticas, interferindo diretamente na coerência da organização das Redes de Atenção à Saúde (Lui; Lima; Aguiar, 2022). Esses tensionamentos evidenciam os limites de uma coordenação baseada exclusivamente na iniciativa municipal e reforçam a necessidade de instâncias articuladoras mais robustas.

Nesse sentido, experiências de consórcios públicos verticais, como a do Ceará, tornam-se referências importantes. Para Julião e Olivieri (2020), a cooperação vertical, caracterizada pela participação do governo estadual como ente consorciado, constitui um mecanismo capaz de promover maior coordenação, reduzir assimetrias e mitigar os efeitos da fragmentação decorrente da descentralização. A presença do ente estadual no desenho institucional favorece o alinhamento das estratégias regionais e a integração das ações às Redes de Atenção à Saúde.

Dessa forma, os achados indicam que o alinhamento entre os CPS e a regionalização não pode ser compreendido apenas como uma questão de aderência territorial, mas como expressão da capacidade de coordenação interfederativa do sistema. Essa perspectiva é reforçada pela Portaria nº 2.905/2022, que reafirma diretrizes já presentes no Pacto pela Saúde de 2006 ao atribuir aos estados a responsabilidade de monitorar e avaliar os consórcios públicos de saúde, recolocando o debate sobre o papel do ente estadual na coordenação da ação consorciada.

A referida portaria, ao exigir maior integração dos consórcios aos mecanismos formais de planejamento e pactuação do SUS, reconhece que a efetivação da regionalização depende do fortalecimento dos espaços de governança regional. Entretanto, os resultados do estudo demonstram uma baixa inserção dos CPIS do Paraná nesses espaços formais. Assim, embora eles desempenhem papel central na execução regionalizada de ações e serviços, sendo considerados elementos estratégicos, sua participação no momento de formulação do planejamento regional permanece limitada.

Esse descompasso tende a gerar desalinhamentos entre prioridades consorciadas e pactuações intergestoras, reduzindo a eficácia das ações, especialmente em contextos marcados por interesses divergentes (Domingos; Ferraz; Carvalho, 2019). Esse quadro expressa fragilidade na coordenação federativa e impacta diretamente a definição do papel dos consórcios no território. As decisões construídas no âmbito consorciado, sob liderança dos prefeitos, tendem a permanecer dissociadas daquelas pactuadas nas instâncias intergestoras, e vice-versa. Essa dissociação reforça a fragmentação decisória e compromete a coerência do planejamento regional.

Portanto, torna-se necessário o fortalecimento de uma governança capaz de articular a atuação dos consórcios às diretrizes pactuados na CIR. Essa articulação é fundamental para assegurar maior coerência na organização da rede de cuidados, reduzir desigualdades territoriais e ampliar a legitimidade da ação consorciada no SUS.

Outro ponto de fragmentação decisória é na própria governança interna dos consórcios. Conforme destacam Martins, Tavares e Brunozi Júnior (2024), ela compreende o conjunto de normas, acordos institucionais, órgãos colegiados e agentes responsáveis por viabilizar a ação conjunta, reduzir comportamentos oportunistas, orientar a tomada de decisão e assegurar o cumprimento dos objetivos pactuados.

No contexto analisado, essa governança estrutura-se a partir da articulação entre instâncias políticas, técnicas e de controle, materializadas, respectivamente, nas Assembleias de Prefeitos, nos Conselhos Curadores (ou Técnicos) e nos Conselhos Fiscais. Essas instâncias conformam a arquitetura institucional da cooperação intermunicipal, ao combinar deliberação política, qualificação técnica das decisões e mecanismos de fiscalização, elementos centrais para a coordenação e a sustentabilidade da ação consorciada.

A composição das Assembleias de Prefeitos reforça o predomínio da dimensão política na governança consorciada, uma vez que seus membros são os chefes do Poder Executivo municipal e possuem caráter deliberativo. Essa configuração atribui maior peso às dinâmicas político-institucionais, às assimetrias de poder entre municípios e às agendas locais na definição das prioridades, condicionando, em certa medida, a racionalidade técnica aos processos de negociação política. Esse achado corrobora Oliveira, Pinto e Santos (2022), ao indicarem que, embora assegurem participação formal, as Assembleias operam em contextos de elevada complexidade política, marcados por interesses nem sempre convergentes.

Ao mesmo tempo, a centralidade política das Assembleias é combinada à atuação de instâncias complementares, como os Conselhos Curadores ou Técnicos e os Conselhos Fiscais, responsáveis por incorporar a racionalidade técnica, acompanhar a gestão e

assegurar mecanismos de controle. Essa configuração institui uma lógica de freios e contrapesos necessária à cooperação intermunicipal, ampliando os espaços colegiados de apoio à gestão.

No plano técnico, destaca-se a atuação dos Conselhos Curadores ou Câmaras Técnicas, cuja presença dialoga com a literatura que aponta o afastamento relativo dos agentes políticos da gestão cotidiana e a ampliação do protagonismo técnico em contextos de maior complexidade institucional (Rocha, 2016). Entretanto, os dados empíricos indicam que essa mediação técnica nem sempre se converte em coordenação efetiva, uma vez que a interferência política e as assimetrias de poder entre os entes consorciados tensionam os fluxos decisórios internos

Nesse sentido, a governança consorciada não se restringe aos seus mecanismos internos de organização, mas envolve também sua capacidade de responder às demandas dos diferentes atores do território, o que pressupõe a incorporação da participação social como princípio estruturante do Sistema Único de Saúde. Sob essa perspectiva, os achados evidenciam que a participação social na ação consorciada ainda se apresenta de forma incipiente, marcada pelo distanciamento dos consórcios em relação às instâncias permanentes de deliberação, especialmente os Conselhos de Saúde. Esse cenário se expressa na predominância de mecanismos mais restritos de escuta, como ouvidorias e recepção de demandas individuais, em detrimento de formas mais estruturadas, contínuas e deliberativas de participação

Essa configuração revela uma concepção ainda limitada de participação social, centrada mais na resposta pontual a demandas dos usuários do que na incorporação da sociedade nos processos de acompanhamento, avaliação e deliberação da gestão consorciada. Em conjunto, os resultados indicam que, embora os CPIS tenham avançado na institucionalização de sua governança interna, a consolidação da participação social permanece como um dos principais desafios à sua maturidade institucional.

Conforme assinala Santos (2021), a efetivação da democracia nas políticas públicas requer a participação ativa da comunidade nos processos decisórios, condição indispensável para que os usuários possam monitorar, fiscalizar, avaliar e interferir na gestão. Nessa direção, a limitada inserção dos consórcios nos Conselhos de Saúde, associada à baixa frequência de práticas sistemáticas de transparência e prestação de contas, evidencia uma dissonância entre sua centralidade operacional no SUS e sua ainda frágil vinculação ao controle social.

Dessa forma, os achados reforçam a necessidade de ampliar a interface entre a ação consorciada e as estruturas formais de participação social, por meio do fortalecimento de práticas permanentes de transparência, prestação de contas e diálogo com a comunidade. Como

destacam Almeida *et al.* (2022) e Carvalho, Nicoletto e Silva (2025), o amadurecimento da governança consorciada no SUS depende não apenas de eficiência administrativa e coordenação interfederativa, mas também da incorporação efetiva da participação social como dimensão constitutiva da gestão regionalizada.

Entretanto, mesmo em um cenário marcado por ambiguidades institucionais e fragilidades nos mecanismos de coordenação, observa-se o reconhecimento, por parte da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, da potência dos consórcios públicos de saúde. Nos marcos normativos estaduais, esses arranjos assumem papel estratégico nos territórios, não apenas como instrumentos de cooperação intermunicipal, mas como componentes legítimos da rede de cuidados.

Na prática, esse reconhecimento se materializa na inserção dos consórcios como Pontos de Atenção Secundária nas Linhas de Cuidado prioritárias da SESA, especialmente por meio de programas como o QualiCIS. Essa inserção reforça sua centralidade na AAE, ao atuarem como retaguarda assistencial e apoio à Atenção Primária à Saúde.

Ao articular diferentes níveis assistenciais e ordenar os fluxos regionais de cuidado, os consórcios contribuem para a continuidade e a integralidade da atenção, tensionando a lógica fragmentada e centrada na resposta pontual à demanda. Nesse movimento, observa-se um deslocamento da AAE de um modelo predominantemente biomédico para uma organização orientada pelas necessidades das pessoas com condições crônicas complexas. Em consonância com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, a AAE passa a assumir funções de retaguarda assistencial e de apoio matricial à Atenção Primária, nas quais a articulação entre níveis de atenção, o trabalho compartilhado entre equipes e a coordenação do cuidado se afirmam como elementos centrais para a consolidação de redes regionais integradas de atenção à saúde (Martins *et al.,* 2022).

Contudo, essa centralidade assistencial convive com fragilidades de integração nos momentos de governança regional e na participação social, evidenciando um paradoxo: ao mesmo tempo em que os consórcios se consolidam como dispositivos estruturantes da rede de cuidados, sua inserção institucional permanece marcada por lacunas ocasionadas pela ausência de uma coordenação interfederativa efetiva.

Por fim, os resultados deste estudo permitem afirmar que os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Paraná assumem papel estratégico e multidimensional na organização regional do SUS. Mais do que prestadores de serviços especializados, configuram-se como arranjos institucionais que articulam gestão, provisão assistencial, coordenação territorial e mediação interfederativa. Sua trajetória evidencia estruturas predominantemente

horizontais, de natureza pública e sustentadas majoritariamente por recursos municipais, orientadas sobretudo à Atenção Ambulatorial Especializada, mas com progressiva ampliação de escopo e finalidade.

No que se refere sua interlocução com os princípios organizativos do SUS, os achados demonstram que os consórcios contribuem potencial para efetivação dos mesmos, visto que avançam na descentralização ao fortalecer a capacidade municipal de oferta regionalizada e integral; materializam a regionalização ao organizarem fluxos assistenciais em territórios que o Estado não alcança com suficiência; e favorecem a hierarquização ao se consolidarem como pontos de atenção secundária articulados à Atenção Primária. Contudo, a participação social permanece como o princípio menos incorporado à governança consorciada, com mecanismos predominantemente reativos e baixa inserção nas instâncias permanentes.

Essa configuração expressa, em última instância, os limites e as potencialidades de um modelo de cooperação que emerge das fragilidades do federalismo brasileiro e que, ao longo de mais de três décadas, consolidou-se como componente estruturante, ainda que institucionalmente indefinido, da organização regional da saúde no Paraná.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O federalismo brasileiro, ao distribuir responsabilidades entre entes com capacidades tão desiguais, produziu um cenário em que a autonomia formal dos municípios passou a conviver com profundas assimetrias estruturais. A multiplicação de municípios de pequeno porte, com limitada capacidade fiscal, técnica e assistencial, tornou evidente que a descentralização, por si só, não seria suficiente para garantir a organização do cuidado. É nesse contexto que os consórcios emergem, não como uma inovação previamente desenhada, mas como uma resposta construída no cotidiano da gestão, diante da necessidade concreta de produzir soluções para problemas que os municípios, isoladamente, não conseguiriam enfrentar. Portanto, desde sua origem os consórcios carregam essa marca, são, ao mesmo tempo, resposta e evidência das insuficiências do próprio arranjo federativo.

No Paraná, essa dinâmica se expressou de forma particularmente nítida. A retração do ente estadual na provisão de serviços especializados, intensificada a partir da década de 1990, foi acompanhada por mecanismos insuficientes de coordenação e financiamento. Diante da demanda assistencial e da ausência de respostas estatais proporcionais, os municípios organizaram-se de forma consorciada para viabilizar, na prática, a gestão compartilhada que o SUS orienta, mas que o federalismo possibilita, mas não garante.

Foi nesse movimento que os CPIS do Paraná se consolidaram como parte fundamental da organização regional da saúde, extrapolando a mera prestação de serviços para assumir outras funções, como a coordenação territorial, o apoio à gestão municipal e a organização dos fluxos assistenciais. Ao longo de sua trajetória, passaram também a incorporar atividades de educação permanente, de apoio à Atenção Primária e de articulação intersetorial, ampliando seu escopo de atuação no território. Mais do que operar em regiões de saúde previamente instituídas, os consórcios passaram a reorganizar o território sanitário ao articular fluxos, ampliar oferta de serviços e produzir centralidades regionais de cuidado, assumindo papel ativo na conformação das redes de atenção à saúde e reforçando seu potencial de contribuição para a efetivação dos princípios organizativos do SUS.

Um dos achados centrais desta tese foi evidenciar que a Atenção Ambulatorial Especializada executada pelos consórcios é financiada, majoritariamente, pelos municípios, justamente os entes de menor capacidade arrecadatória no federalismo brasileiro. Esse dado revela uma das contradições centrais do arranjo federativo em saúde. Descentralizou-se a responsabilidade pela execução, mas não se descentralizou, na mesma proporção, a capacidade de financiá-la.

Ao assumirem a gestão da média complexidade, os consórcios passaram a absorver um ônus financeiro que deveria ser compartilhado de forma mais equânime entre os três entes federados. Em termos concretos, isso significa que, no Paraná, são os municípios que sustentam majoritariamente o custeio da média complexidade gerenciada por esse arranjo.

Outro achado relevante refere-se à relação ambivalente entre o ente estadual e os consórcios. O Estado, ao mesmo tempo em que os reconhece como instrumentos estratégicos de regionalização, induzindo sua criação e instituindo programas de incentivo, também os mantém em posição periférica nos espaços formais de governança regional, como o Planejamento Regional Integrado e as Comissões Intergestoras Regionais. Essa ambivalência revela uma tensão que atravessa toda a trajetória da ação consorciada, onde o Estado depende dos consórcios para viabilizar estratégias regionalizadas, mas ainda não os incorpora plenamente como atores da governança regional. Assim, há um descompasso entre o reconhecimento normativo de sua relevância e sua inserção efetiva nos espaços em que se definem prioridades, responsabilidades e rumos da política regional de saúde.

Somado a isso, temos outro limite, a incipiente inserção dos consórcios nos espaços de participação social. Embora movimentem volume expressivo de recursos públicos e ocupem posição central na organização da rede de cuidados, os consórcios ainda operam com baixa vinculação às instâncias formais de participação e controle democrático. Quando arranjos tão centrais para o funcionamento do SUS permanecem pouco permeáveis à participação social, tensiona-se um dos fundamentos mais importantes da própria construção democrática do sistema.

Do ponto de vista de suas contribuições, esta tese buscou avançar em três direções. A primeira foi demonstrar as dinâmicas de financiamento da ação consorciada no Paraná, evidenciando o desequilíbrio tripartite e a sobrecarga municipal, com profundidade ainda pouco explorada pela literatura. A segunda foi demonstrar que a centralidade assistencial e operacional dos consórcios não tem sido acompanhada por inserção proporcional nos espaços formais de planejamento e governança regional. A terceira foi propor outra leitura para compreender os consórcios para além de leituras reduzidas, sendo eles ao mesmo tempo condição de possibilidade e indispensabilidade e resultado dos limites do federalismo sanitário brasileiro.

Quanto aos limites desta investigação, destaca-se que o uso de dados autorreferidos obtidos por meio de *websurvey*, com participação voluntária dos respondentes, pode ter introduzido vieses de seleção, especialmente por depender da adesão espontânea dos participantes e de sua própria percepção sobre os processos institucionais analisados.

Ainda assim, esse recurso mostrou-se pertinente para alcançar abrangência estadual e reunir informações institucionais sobre os consórcios paranaenses.

As limitações desta investigação também apontam caminhos importantes para pesquisas futuras. Estudos comparativos entre consórcios horizontais e verticais, especialmente em contextos que incorporam o ente estadual como consorciado, podem contribuir para avaliar se essa conformação favorece maior equilíbrio no financiamento e maior coerência na governança regional, bem como explorar, as possibilidades e os efeitos de eventuais arranjos que incluam a União como ente consorciado**.** Também merecem aprofundamento os efeitos da Portaria nº 2.905/2022, da Política Nacional de Atenção Especializada, do Programa Agora Tem Especialistas e da Resolução SESA-PR nº 1.997/2025 sobre o financiamento e a organização da ação consorciada, cujos desdobramentos ainda se encontram em consolidação e não foram explorados em profundidade nesta tese. Somam-se a isso investigações sobre convênios firmados entre Secretarias Estaduais de Saúde e consórcios, bem como estudos que incorporem a perspectiva dos usuários e análises longitudinais sobre sustentabilidade financeira, acesso e qualidade do cuidado.

Por fim, a trajetória dos CPIS no Paraná revela, em sua própria existência, a natureza paradoxal do federalismo sanitário brasileiro. Consolidaram-se não como escolha planejada de uma política de Estado, mas como resposta institucional construída pelos municípios diante do recuo do ente estadual, da insuficiência do financiamento federal e das assimetrias estruturais que marcam a descentralização.

É justamente nesse percurso que esta tese mostrou que os consórcios encontraram seu lugar, construíram sua legitimidade e se tornaram indispensáveis para a organização regional da saúde no Paraná. Esse percurso, contudo, não se deu de forma homogênea ou isenta de contradições. Em determinados contextos, a fragilidade da coordenação regional, a heterogeneidade institucional e a ausência de maior clareza sobre seu papel produziram atuações por vezes fragmentadas, processos decisórios pouco articulados e relações tensionadas com outros atores do território. Em algumas situações, a concentração de capacidade técnica e informacional pelos consórcios também pode favorecer posturas competitivas ou assimétricas nas relações interfederativas, a depender da maturidade institucional de suas equipes e da qualidade das instâncias de governança regional.

Fortalecer essa institucionalidade demanda o aprimoramento da coordenação federativa, com reconhecimento claro do lugar que os consórcios ocupam na governança regional do SUS, redefinição de responsabilidades, ampliação do cofinanciamento e incorporação

da participação social não como elemento acessório, mas como dimensão constitutiva da gestão regionalizada.

.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. . Coordenação Federativa no Brasil: A Experiência do Período FHC e os Desafios do Governo Lula. In M. Cortez & S. Zahidi (Orgs.), *Federalismo e Políticas Públicas* (pp. 15-42). Brasília: IPEA, 2001.

ABRUCIO, F.L. ; SOARES, M. M.. *Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

ABRUCIO, F.L. Federalismo brasileiro e projeto nacional: os desafios da democracia e da desigualdade. *Revista USP*. n. 134, p. 127-142, jul-ago-set, 2022. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/202382. Acesso em: 25 out.2024.

ABRUCIO, F. L.; FILIPPIM, E.G.; DIEGUEZ, R. C. *Cooperação interfederativa e consórcios públicos: avanços e desafios da gestão pública no Brasil*. Brasília: ENAP, 2013.
ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.

ALELUIA, I. R. S.; MEDINA, M. G.; VILASBÔAS, A. L. Q. Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, v. 20, n. 2, p. 104-120, 2022. DOI: 10.12660/rgplp.v20n2.2021.83387.

ALMEIDA, P.F. et al. Consórcio Interfederativo de Saúde na Bahia, Brasil: implantação, mecanismo de gestão e sustentabilidade do arranjo organizativo no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v.38, n.9, e00028922, 2022.

ANDERSON, G.. *Federalismo: uma introdução*. Tradução de Ewandro Magalhães Jr. e Fátima Guerreiro. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

ANDRADE, S. K. A. V.; LIMA, L. D. *Relatório I – Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Brasil: localização e características gerais*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP. 2023a. 57p. (Pesquisa Nacional de Consórcios Públicos de Saúde – Série de Relatórios Executivos).

ANDRADE, S. K. A. V.; LIMA, L. D. *Relatório II – Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Brasil: organização e funcionamento.* Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP. 2023b. 65p. (Pesquisa Nacional de Consórcios Públicos de Saúde – Série de Relatórios Executivos).

ANDRADE, S. K. A. V.; LIMA, L. D. *Relatório III – Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Brasil: configuração após a Lei dos Consórcios*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP. 2023c. 42p. (Pesquisa Nacional de Consórcios Públicos de Saúde – Série de Relatórios Executivos).

ANDRADE, S. K. A. V.; LIMA, L. D. *Relatório IV– Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Brasil: estrutura e produção de serviços*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP. 2023d. 55p. (Pesquisa Nacional de Consórcios Públicos de Saúde – Série de Relatórios Executivos)

ANDRADE, S. K. V. et al. Consórcio público de saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.

32, n. 1, e320107, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320107. Acesso em: 19 fev.2025.

ARRETCHE, M. T. S. Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais* São Paulo, v. 31, n. 11, p. 44 66. 1996.
ARRETCHE, M.T.S. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.15, n.44, p.167-176, 2000. Disponível em: http://www.anpocs.com/index.php/30-congresso/1092. Acesso em: 19 fev. 2025.

ARRETCHE, M.T.S. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003. Acesso em: 25 jun.2025.

ARRETCHE, Marta. Continuidades e descontinuidades da federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995. Dados: *Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro*, v. 52, n. 2, p. 377-423, 2009.

BALDISSERA, D. S. *Consórcios públicos intermunicipais no Brasil: panorama após os 10 anos da Lei nº 11.107/2005.* Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Rio de Janeiro, 2015.

BERTONE, A. A. Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma estratégia rumo à regionalização. Divulg saúde debate [Internet]. 1996 [acesso em 2022 set 20];16:36-39. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-223327

BORGES, Fabiano Tonaco; SILVA, Brunna Raphaelly Amaral da; BASTOS, Raimundo José Arruda; SIQUEIRA, Carlos Eduardo Gomes (orgs.). *Consórcios públicos de saúde*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

BRASIL. Constituição Federal (1934). *Constituição da República Federativa dos Estados Unidos do Brasil*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL, Constituição Federal (1946). *Constituição da República Federativa dos Estados Unidos do Brasil*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm, Acesso em: 11 nov. de 2025.

BRASIL, Constituição Federal (1967). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm. Acesso em: 11 nov.de 2025.

BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 nov. 2025

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm . Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. *Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.* Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 abr. 2005. Disponível em: 144 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. *Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 jan. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 43-47, 23 fev. 2006.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.* Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1-5, 29 jun. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 2.905, de 13 de julho de 2022. *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* Brasília. 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/ /portaria-gm/ms-n-2.905-de-13-de-julho-de-2022-415106481. Acesso em: 22 jan.2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. *Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html . Acesso em: 11 nov. 2025.

CARNEIRO, B. O. Federalismo e municipalismo na trajetória política do Brasil. *Mercator*, Fortaleza, v. 17, e17023, 2018. DOI: 10.4215/rm2018.e17023. Disponível

em: scielo.br/j/mercator/a/DMQmv7vbDdWHMFD69wvncgm/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 10 abr. 2024.

CARVALHO, B. G.; SILVA, J. F.M.; NICOLETTO, S. C. S. Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820251449515P. Acesso em: 20 mai. 2025.

CARVALHO FILHO, J.S. *Consórcios públicos: Lei n. 11.107, de 6-4-2005, e Decreto n. 6.017, de 17-1-2007*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). *Impacto financeiro da média e alta complexidade: a sobrecarga do SUS nos municípios*. Brasília, DF: CNM, 2025. Disponível em: https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2025/Estudos_Tecnicos/202509_ET_SAU_Impacto_financeiro_Media_Alta_Complexidade_sobrecarga_do_SUS_nos_Municipios.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.

CONSORCIO PARANÁ SAÚDE. *Consorcio Paraná Saúde. [s.d].* Disponível em: https://www.consorcioparanasaude.com.br/?p=15683. Acesso em: 10 jan. 2026.
CNM. *Nota Técnica sobre a Regulamentação Federal dos Consórcios Públicos de Saúde. Confederação Nacional dos Municípios*. Disponível em: https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/cnm-publica-nota-tecnica-sobre-regulamentacao-federal-dos-consorcios-publicos-de-saude. Acesso em: 10 de mar. 2024.

CRESWELL, J. W. (2007). Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

CRESWELL, J. W., CLARK, V. L. (2007). Pesquisa de Métodos Mistos. Porto Alegre: Penso.

CRUZ, C. F. (2001). Cooperação Intermunicipal: Novas Experiências. In F. Abrucio & M. M. Costa (Orgs.), *Governança Intergovernamental* (pp. 103-126). São Paulo: Educ.

DARDANELLI, P.; KINCAID, J. *Descentralização e centralização em federações democráticas: uma perspectiva comparada de longo prazo*. In: PALOTTI, P.; LICIO, E.C.; GOMES, S; SEGATTO, C. I. SILVA, A. L. (org.) *E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2023.

DOMINGOS, C.M; FERRAZ. E.D.M, CARVALHO. B.G. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. Saúde debate. setembro de 2019;43(122):700–11. Disponível em: SciELO - Saúde Pública - Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde . Acessado em: 20 mar.2026.

DOURADO, D. A.;
ELIAS, E. M.. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, L. S.; MENDES, A. N.; LOUVISON, M.C.P.. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 25-37, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811602. Acesso em: 20 abr. 2025.

ELAZAR, D. J. *Exploring federalism.* Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1987.

FALEIROS, V. P. *et al*. A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-144, jan./fev. 2001.
FERNANDES, N.; BASTOS, R.J.A. Consórcios Públicos de Saúde. São Paulo: Hucitec, 2022.

FERNANDEZ, M. V.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2, p. 7-21, 2020.

FERRAES, A. L. ; CORDONI JUNIOR, L. . Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 475-486, maio/jun. 2007. Disponível em: SciELO Brasil - Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custosAcesso em: 20 abr. 2026.

FERREIRA, L., & MARQUES, E. (2020). Consórcios Interfederativos de Saúde: Desafios da Cooperação. Revista de Administração Municipal, 66(2), 30-45.

FLEURY, S; OUVERNEY, A.M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204 p.

FLEURY, S. . Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência e Saúde Coletiva, v.14, n.3, p.743-752, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300010. Acesso em: 19 fev. 2024.

FLEXA, R.G.C.; BARBASTEFANO, R.G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.25, n.1, p.325-338, 2020.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos Recíprocos entre Federalismo e Políticas Públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, Gilberto & FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. (Org.). *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil*. 1ed.Rio de Janeiro: Editora da Fio Cruz, 2013, v. , p. 361-386

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019.

GERSCHMAN, S. SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-190, jun. 2006.

GIL, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.

GRAPH PAD SOFTWARE. *GraphPad Prism* (Version 10).San Diego, CA: GraphPad Software2023. Disponível em: https://www.graphpad.com. Ace sso em: 10 mar. 2025.

GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M. PONTES, R. J. .; TAJRA, F. S.; BARRETO, I. C.H.C. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva,* v.22, n.4, p.1235-1244, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26982016. Acesso em: 19 mar. 2025.

GUIMARÃES JÚNIOR, D. S.; SOARES, E.J.; MEDEIROS, D.D.; FERRAZ JÚNIOR, G.B.A.. Eficiência na aquisição de medicamentos através de consórcios intermunicipais de saúde. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 85-94, abr./jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.21450/rahis.v17i2.6169. Acesso em: 20 abr. 2025.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003.

HENRICHS, J. A.; MEZA, M. L. F. G. D. Governança multinível para o desenvolvimento regional: um estudo de caso do Consórcio Intermunicipal da Fronteira. *Urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, v. 9, n. 1, p. 124-138, 2016.

IMMERGUT, E. The theoretical core of the new institutionalism. *Politics and Society*, v. 26, n. 1, p. 5-34, 1998. Disponível em: https://www.miguelangelmartinez.net/IMG/pdf/1998_Immergut_New_institutionalism_PS.pdf. Acesso em: 21 jan.2025.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S.. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

JULIÃO, K. S.; FARIA, M. V. C. M. Desenho das relações intergovernamentais e cooperação pública: o caso do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB). *Nau Social*, v. 7, n. 13, 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31366. Acesso em: 7 jul. 2025.

JULIÃO, K. S.; OLIVEIRI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(3):e00037519.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública,* v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400017. Acesso em: 19 mar. 2025.

LIMA, L. D. Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. (Textos para Discussão, n. 15). Disponível em: PJSSaudeAmanha_Texto0015_A4.indd. Acesso em: 10 abr. 2026.

LIMA, E. L. N. B. O.; MÖRSCHBÄCHER, M. Contribuições e desafios do institucionalismo histórico na Ciência Política contemporânea. Biblioteca: *Revista de Estudos e Pesquisas em Ciência da Informação*, São Paulo, n. 81, p. 103-122, 1º sem. 2016. Publicada em ago. 2017.

LIMA, L.de; MÖRSCHBÄCHER, M.. A institucionalização das regiões de saúde no Brasil: avanços e entraves. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1381-1390, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015.

LIMA, L.D.; PEREIRA, A.M.M.; MACHADO, C.V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. Cadernos de Saúde Pública, v.36, n.7, e00185220, 2020.

LIMA, L. D. ; QUEIROZ, L. F. N. de; MACHADO, C.V.; VIANA, A. L. Á. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, L. D. ; VIEIRA, F. S. ; SANTOS, I. C. Governança regional no SUS: análise da institucionalização das regiões de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. e00168518, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/WJYqtvh3gC6g3K93DN4vwBG/. Acesso em: 20 julho 2025.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546-553, set. 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300016. Acesso em: 14 junho 2025.

LOPREATO, F. L. C. *Federalismo: mudanças e dinâmica*. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 2024. (Texto para Discussão, n. 463). ISSN 0103-9466.

LUI, L.; SCHABBACH, L. M.; NORA, C. R. D. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 12, p. 5065-5074, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019. Acesso em: 10 junho 2025.

LUI, L.; LIMA, L. L.; AGUIAR, R.. B. D. (2022). *Avanços e desafios na cooperação interfederativa: Uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Rio Grande do Sul*. Novos Estudos - CEBRAP, v. 41, n. 1, p. 145–162. 2020.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. de; BAPTISTA, T.W. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, v.33, supl. 2, e00129616, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616. Acesso em: 19 fev 25.

MACHADO, J. L.; LOPES, V. B. S. Retornando a William Riker: problemas e perspectivas para repensar o federalismo. *Caderno CRH*, Salvador, v. 37, 2024.

MACHADO, J. A. Federalismo, poder de veto e coordenação de políticas sociais no Brasil pós-1988. *Organizações e Sociedade*, Salvador, v. 21, n. 69, p. 335-350, abr./jun. 2014.

MAGALHÃES, João Carlos. Emancipação político-administrativa de municípios no Brasil. In: VELOSO, João Francisco Amaral et al. (org.). Dinâmica dos municípios. Brasília: Ipea, 2007. cap. 1, p. 13-52. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Capitulo1_30.pdf. Acesso em 13 mar.2026.

MAHONEY, J;
THELEN, K.*Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power. Cambridge*: Cambridge University Press. 2009.

MARCONI, M. A., & LAKATOS, E. M. (2003). Fundamentos de Metodologia Científica (5ª ed.). São Paulo: Atlas.

MARTINS, J. N. S.; TAVARES, B.; BRUZONI JUNIOR, A.C. Consórcios Intermunicipais de Saúde e os desafios da cooperação: análise da experiência na Zona da Mata de Minas *Gerais. Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade.* REPec, Brasília, v. 18, n. 4, p. 490-508, 2024.

MATTA, G. Pr*incípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, [s.d.]. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-desastres-em-saude-publica/percurso/documents/Principios_diretrizes_sus.pdf. Acesso em: 14 abr 2026.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface – *Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, supl. 1, p.771-780, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028. Acesso em: 19 fev. 2005.

MATTOS, R. A. ; BAPTISTA, T. W. (Orgs.). Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. (Série Interlocuções. Práticas, experiências e pesquisas em saúde). ISBN 978-85-66659-39-9. DOI: 10.18310/9788566659399.

MAZIÈRE, F. (2007). O Papel do Analista de Discurso. Revista Língua e Instrumentos Linguísticos, 18(2), 15-25.

MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A.L. A. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, out./dez. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006. Acesso em: 26 abr. 2026.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/v15n5/20. Acesso em: 19 fev 2025.

MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Editora Hucitec. 1996.

MENDES, E.V. Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L.C. F, Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2015.v39n106/881-892/. Acesso em: 14 abr 2026.

MENDONÇA, F.F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio público de saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. *Redes,* Santa Cruz do Sul, v. 23, n. 3, p. 206-224, set./dez. 2018. DOI: 10.17058/redes.v23i3.12216. Acesso em: 20 ago. 2025.

MENICUCCI, T.M. G.; COSTA, L.A ; MACHADO, J.A.. Pacto pela Saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciência e Saúde Coletiva,* v.23, n.1, p.29-40, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015. Acesso em: 19 fev 2025.

MENICUCCI, T.M.G.. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004. Acesso em: 19 fev. 2025.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lúcia Andrade da. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v.26, n.2, p.329-335, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168321. Acesso em: 19 fev. 2025.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S. Técnicas em pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.* 12 ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco. Cap. 10, 2010. p. 261-297.

MINAYO, M. C. S (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NASCIMENTO, A. B. F. M. do; FERNANDES, A. S. A.; SANO, H.; GRIN, E. J.; SILVESTRE, H. C. Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 6, p. 1369-1391, 2021. DOI: 10.1590/0034-761220210061.

NEVES, L. P.; RIBEIRO, J. M. Consórcios intermunicipais de saúde: um estudo de caso do Cisa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 4, p. 835-846, abr. 2006.

NORONHA, J.C. ; PEREIRA, T. R. (orgs.). A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/SAE-PR, 2012. p. 125-138.

OLIVEIRA, Ana Clara de; MACHADO, Cristiane. A institucionalização da cooperação federativa em saúde: o papel dos consórcios públicos. Revista Saúde em Debate, v. 45, n. esp., p. 180–195, 2021.

ORLANDI, E. P. (2007). Análise de Discurso: Princípios & Procedimentos (7ª ed.). Campinas: Pontes.

ORLANDI, E. P. (2009). Análise de Discurso e Educação. Educação & Realidade, 34(2), 17-26.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017. Acesso em: 10 nov. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, v.29, n.10, p.1927-1953, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513. Acesso em: 19 fev 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência e Saúde Coletiva, v.23, n.6, p.1723-1728, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018. Acesso em: 19 fev. 2025.

PALOTTI, Pedro et al. (Org.). *E os Estados?: federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo.* Rio de Janeiro: IPEA, 2023. 771 p. DOI: http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-050-9. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes. Acesso em: 25 de mar. 2025.

PÊCHEUX, M. (1975). Semântica e Discurso: Uma Crítica à Afirmação do Óbvio (Trad. E. Orlandi). Campinas: Unicamp, 1995.

PECHEUX, M. Delimitações, inversões e deslocamento. (Trad. José Horta Nunes). Cad. Est. Linguistica, Campinas, (19), 1990

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 344-352, 2020.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórica-comparada entre o Brasil e a Espanha (1980-2015). Ciência e Saúde Coletiva, v.23, n.7, p.2239-2251, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08922018. Acesso em: 19/02/25.

PIERSON, P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *The American Political Science Review*, Washington, DC, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000.

PIERSON, P.. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PIERSON, P. Fragmented Welfare State: federal institutions and the development of social policy. Governance. Cambridge, v. 8, n. 4, 1995, apud ROCHA, Carlos V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. Cadernos Metrópole, v. 18, p. 377-399, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604. Acesso em: 12 nov. 2024.

PINAFO, E. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.25, n.5, p.1619-1628, 2020.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens C. Gestão colegiada e redes de atenção à saúde: os desafios da coordenação regional no SUS. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 791–800, 2022.

PRADO, M., & TREBILCOCK, M. (2009).
Path Dependence, Development, and the Dynamics of Institutional Reform. University of Tor onto Law Journal, 59(3), 341-379.

RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Federalismo sanitário no Brasil: um pacto em transformação. In: Menicucci, T.M.G.; Costa, L.A.; Machado, J.A. (orgs.). *Federalismo e Política de Saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

RIBEIRO, J.M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1788, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07932018.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: os consórcios municipais no sistema único de saúde (SUS*). Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília: IPEA, n. 22, p. 173-220, 1999.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Descentralização e municipalização da saúde no Brasil: um processo em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 4, p. 899-913, 2000.

RIKER, W. Federalism. In: GREENSTEIN, F.; POLSBY, N. W. (org.).
Handbook of Political Science. Massachusetts: Addison-Wesley, 1975. v. 5, p. 93-172.

ROCHA, C. V. Cooperação federativa e política de saúde: o caso dos consórcios intermunicipais de saúde no Paraná. *Cadernos Metrópole*, 18(36), 377-399. 2016.

SALIBA, Nemre Adas; MOIMAZ, Suzely Adas S.; FERREIRA, Nelly Foster; CUSTÓDIO, Lia Borges de M. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de Administração Pública*, v.43, n.6, p.1369-1378, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000600007. Acesso em: 19 fevereiro 2025.

SANTOS, A.M.; et al. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde em Debate, v.45, n.131, p.1106-1123, 2021.

SOUZA, André Sampaio de. Federalismo e consórcios públicos no Brasil: avanços e desafios à cooperação interfederativa. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v. 25, n. 2, p. 65–88, 2021.

SOUZA, Celina Maria de. (2017). Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. R*evista de Administração Pública*, 51(1), 27-45.

SOUZA, Celina Maria de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. *Cad. Saúde Pública* 35 (Supl. 2) 17 Jun 2019 https://doi.org/10.1590/0102-311X00046818

STREECK, W.; THELEN,
K. Introduction: institutional change in advanced political economies. In: STRE ECK, W.; THELEN, K.
(Orgs.).Beyond continuity: institutional change in advanced political economies. Oxford: Oxford University Press, 2005.

TEIXEIRA, Soraya Vargas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. A política de saúde no Brasil: avanços e desafios da governança interfederativa. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). Saúde na Política: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. p. 127-148.

TESTON, L. M. ; MENDES, A; CARNUT, L.; LOUVISON, M. C. P. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 314-328, abr./jun. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912102. Acesso em: 20 abr. 2025

THELEN, K. Historical Institutionalism in Comparative Politics. Annual Review of Political Science, 2, 369-404. 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas. 1987.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.

VIANA, A. L., LIMA, L. D. Regionalização da Saúde no Brasil: Condicionantes e Desafios. Saúde e Sociedade, 20(4), 867-874. 2011.

VIANA, A. L., et al. Modelos de Gestão e Regionalização da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3), 509-528. 2002.

VIANA, A.L.A.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 493-502, 2007.

VIANA, A. L. A; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VIANA, A. L. A; BOUSQUAT, A.E.M.; MELO, G. A ; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M.G . Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018. Acesso em: 20 abr. 2026.

VIANA, A. L. A ; IOZZI, F L. . Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCmVdQG83vHbHSKSxDPXp/?lang=pt. Acesso em: 20 abr. 2026.

VIEGAS, S. F.; PENNA, C. M. M.. Implicações da integralidade na gestão municipal em saúde. Revista APS (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), v.16, n.2, p.136-145, abr./jun. 2013. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15151. Acesso em: 19 fev 2025.

WATTS, R. L. *Comparing federal systems.* 3rd ed. McGill-Queen's University Press, 2008.

ANEXO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS CONSÓRCIO PÚBLICOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63397222.0.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.769.205

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa proposta por docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. O consórcio público de saúde (CPS) é um arranjo federativo com atuação significativa na ação pública de saúde, com potencial para apoiar os entes federativos na estruturação e oferta de resposta às necessidades dos territórios regionais, por meio dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, frente às iniquidades territoriais. Os CPS implantados em várias regiões no estado do Paraná, têm sido considerados importantes atores na organização regional e hierarquizada dos serviços de saúde. Todavia, faz-se pertinente compreender o papel e a atuação dos CPS, suas potencialidades e fragilidades na operacionalização dos princípios organizativos do SUS. Além disso, a introdução da figura jurídica do consórcio no direito pátrio constitui até hoje um desafio ao controle externo cuja missão é fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. Desta forma, o projeto tem por objetivo geral analisar os consórcios públicos de saúde e suas implicações na gestão das ações e serviços de saúde do SUS e os objetivos específicos são: compreender o papel e a atuação dos consórcios públicos de saúde no SUS, desvelar as potencialidades e fragilidades dos CPS na operacionalização dos princípios organizativos do SUS e analisar as inferências dos órgãos de controle externo no CPS e suas implicações na gestão destes arranjos. Para tanto, a pesquisa será desenvolvida por meio de um estudo quanti-qualitativo, de caráter exploratório e investigativo que utilizará a metodologia de estudo de caso tendo em vista a seleção de algumas regiões de saúde para a investigação de fenômenos específicos relacionados

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

aos CPS.O local do estudo é o estado do Paraná e suas regiões de saúde, as quais contam com a atuação de um ou mais consórcios públicos de saúde em seu território. No âmbito da gestão em saúde, o estado do Paraná dispõe de 4 macroregiões, que contemplam 22 regiões de saúde, sendo atuantes 26 consórcios públicos de saúde no território estadual (PARANÁ, 2015). A coleta de dados será organizada por etapas de estudo. A primeira etapa, de abordagem quantitativa, será realizada por meio do levantamento de dados em bases secundárias. Os dados extraídos serão: a) dados demográficos e censitários por município partícipe em consórcios e por região de saúde, disponível no sítio eletrônico do IBGE, e; b) dados de produção de serviços de saúde executados por meio dos consórcios públicos de saúde, disponíveis nos sistemas de acesso público do Ministério da Saúde (Tabwin e Tabnet/Datasus/MS). Esses dados serão tabulados a partir do auxílio de um programa estatístico e organizados de forma descritiva por meio de frequências relativas, absolutas. A segunda etapa, de abordagem qualitativa, contará com a análise documental, os quais serão constituídos por: a)documentos oficiais encaminhados aos consórcios públicos a partir dos órgãos de controle externo (Tribunal de Contas do Estado do Paraná e Ministério Público das comarcas do Paraná), e; b) base de dados coletados por meio de um questionário de autopreenchimento pelos dirigentes de consórcios públicos de saúde do Paraná, com dados de caracterização da atuação do consórcio, dados orçamentários e rol dos programas executados. Na terceira etapa de coleta de dados serão realizadas as entrevistas e os grupos focais (online e/ou presenciais, de acordo com a disponibilidade do pesquisador e entrevistado, observando a Carta Circular CONEP), os quais serão realizados por meio de roteiros abertos e semi-estruturados. As entrevistas e os grupos serão gravadas e transcritas na íntegra pelos pesquisadores, e descartadas após a análise. Os participantes do estudo são: a) dirigentes e controladores internos dos consórcios públicos de saúde; b) promotores públicos; c) técnicos do Tribunal de Contas do Paraná; d) gestores municipais de saúde, por meio dos Presidentes dos Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (Cresems) de cada região de saúde do Paraná, além de; e) técnicos das equipes de gestão estadual lotados nas regionais de saúde e no nível central da SESA, estes serão recrutados por meio de e-mails institucionais. Nesta etapa, será realizada ainda como estratégia de coleta de dados um seminário, cujas falas dos convidados, além das questões e considerações apresentadas pelos participantes no seminário, serão tomadas para análise. Será fornecido o Termo de Compromisso de Uso de Dados devidamente assinado pelo pesquisador responsável, para coleta de dados por meio de documentos institucionais de uso restrito, bem como será colhida a Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos devidamente assinada pela instituição.Aos sujeitos do estudo que participarão das entrevistas,

grupos focais, seminários e preenchimento de questionário, será disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após convite para livre participação e esclarecimentos acerca das suas implicações, sendo preenchido e assinado eletronicamente. O projeto considera as implicações e critérios da Resolução 466/2012, em todas as etapas de coleta de dados envolvendo a participação de seres vivos humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar os consórcios públicos de saúde e suas implicações na gestão das ações e serviços de saúde do SUS.

Os objetivos secundários:

a) compreender o papel e a atuação dos consórcios públicos de saúde no SUS;

b) Desvelar as potencialidades e fragilidades dos CPS na operacionalização dos princípios organizativos do SUS,

c) Analisar as inferências dos órgãos de controle externo no CPS e suas implicações na gestão destes arranjos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não apresenta risco físico aos sujeitos e os riscos psíquicos e morais são mínimos, considerando a exposição de dados públicos e de caráter estritamente institucional e sem qualquer exposição de dados inerentes à sua pessoalidade. Caso ocorra algum dano moral ou intelectual decorrente desta autorização para participação e do uso dos dados no estudo, os danos serão devidamente indenizados, conforme determina o Art.19. § 2º: "Art.19. § 2º O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização."

Benefícios: Os benefícios esperados pelos resultados do estudo impactam diretamente na gestão e no planejamento em saúde dos territórios regionais, uma vez que o entendimento acerca da caracterização dos consórcios públicos de saúde, seu papel, como atuam e as implicações nos processos de controle e fiscalização da ação pública executada por esses arranjos subsidiam a tomada de decisões dos agentes públicos atuantes na saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente assinada e carimbada pela coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Haverá uso de fontes secundárias de dados.

Cronograma apresentado está adequado, coleta de dados com de janeiro de 2023 a maio de 2023.

Orçamento e financiamento: orçamento apresentado e financiamento próprio.

TCLE: Está na forma de convite, a linguagem é acessível, apresenta os benefícios e riscos incompletos da pesquisa.

Apresentou um Termo de Compromisso a Utilização de Dados (TCUD), assinada pela pesquisadora.

Apresentou o Termo de concordância da Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR).

Instrumento de coleta de dados foi apresentado em anexo no projeto brochura

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2010224.pdf	08/11/2022 13:22:34		Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_Acipar.pdf	08/11/2022 13:21:55	ALESSANDRA DE OLIVEIRA LIPPERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	08/11/2022 13:19:37	ALESSANDRA DE OLIVEIRA LIPPERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_Uel.pdf	16/09/2022 10:50:41	SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	nomeacao.pdf	16/09/2022 10:39:24	SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.docx	05/09/2022 20:46:02	SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	05/09/2022 13:58:59	SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

APÊNDICES

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome:

Sexo:

Função:

Tempo na Função:

Região de Saúde:

Questões disparadoras:

1 - Como você avalia o papel desempenhado pelos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no contexto atual do SUS, considerando sua atuação no âmbito regional e estadual?

2 - De que maneira os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde têm contribuído para a regionalização e a descentralização da política de saúde?

3 - Quais potencialidades e limites podem ser identificados na atuação dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde para a efetivação dos princípios organizativos do SUS?

4 - Quais desafios institucionais têm marcado a ação consorciada e como esses desafios influenciam sua sustentabilidade e desempenho?

APÊNDICE

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa "**Os Consórcios Públicos de Saúde e suas implicações na gestão das ações e serviços de saúde**" a ser realizada no estado do Paraná (Brasil) e suas regiões de saúde. O objetivo da pesquisa é "analisar os consórcios públicos de saúde e suas implicações na gestão das ações e serviços de saúde do SUS". Sua participação é muito importante e ela será desenvolvida por meio de um estudo quanti-qualitativo, de caráter exploratório e investigativo, a ser desenvolvida por meio da análise documental e aplicação de entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas, sendo esse processo gravado.

As perguntas são referentes ao papel dos consórcios públicos de saúde, suas potencialidades e fragilidades, e atuação na operacionalização dos princípios organizativos do SUS, bem como sobre o processo de controle externo no CPS e suas implicações na gestão destes arranjos.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade (Após o processo de análise dos dados o material gravado e transcrito será destruído). Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a oportunidade de refletir sobre a prática profissional e conhecer novas estratégias de gestão do trabalho. Quanto aos riscos, estes serão os mínimos possíveis, tendo em vista que serão respeitados todos os aspectos éticos. Há assistência ao participante e a possibilidade de buscar indenização, conforme "Art.19. § 2º O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização."

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (Fernanda de Freitas Mendonça,) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Londrina, 25 de março de 2024.

Fernanda de Freitas Mendonça
RG:
Pesquisadora Responsável

Questionário: Os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde na efetivação dos princípios organizativos do SUS.

Instituição Responsável: Universidade Estadual de Londrina - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Pesquisadora Responsável: Letícia Cristina Bento
Orientadora: Dra. Fernanda de Freitas Mendonça
Co-orientadora: Dra. Silvia Karla Vieira Andrade
CAAE: 63397222.0.0000.5231

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Prezado(a) Senhor(a) *

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa "**Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde na efetivação dos princípios organizativos do SUS"** que tem como objetivo geral compreender a atuação dos CPIS para a efetivação dos princípios organizativos do SUS no estado do Paraná. Essa pesquisa será realizada pela pesquisadora Letícia Cristina Bento, sob supervisão das professoras orientadoras Dra Fernanda de Freitas Mendonça e Dra Silvia Karla Vieira Andrade, do **Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.**

A pesquisa é parte de um projeto de pesquisa registrado no Comitê de Ética em Pesquisa, com o título "Os Consórcio Públicos de Saúde e suas implicações na gestão das ações e serviços de saúde do SUS " e CAAE n° 63397222.0.0000.5231**.** Será desenvolvida por meio de um estudo quanti-qualitativo, de caráter descritivo, exploratório e investigativo, a ser realizado por meio da análise documental, questionário eletrônico e aplicação de entrevistas semiestruturadas com atores chaves.

Esclarecemos que sua participação se refere ao preenchimento do questionário eletrônico de autopreenchimento, com informações pertinentes ao Consórcio Público Intermunicipal de Saúde, o qual representa. Essa participação também poderá ser realizada eventualmente por meio de contatos telefônicos, por mensagens de whatsapp, e-mail, participação em reuniões em ambiente virtual, podendo estes contatos e reuniões serem gravadas. O convite para sua participação nesta pesquisa foi selecionado considerando a natureza de seu cargo [Secretário(a),Diretor(a),Executivo(a)] na instituição e das informações a serem preenchidas neste termo, os quais tratam de dados institucionais dos quais o (a) Senhor (a) é responsável.

Informamos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade (Após o processo de análise dos dados o material gravado e transcrito será destruído). Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a oportunidade de refletir sobre a ação consorciada no processo de efetivação do SUS. Quanto aos riscos, estes serão os mínimos possíveis, tendo em vista que serão respeitados todos os aspectos éticos. Há assistência ao participante e a possibilidade de buscar indenização, conforme "Art.19. § 2º O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização."

Os resultados da pesquisa serão amplamente divulgados por meio de páginas eletrônicas, seminários, relatórios, rodas de conversa, artigos científicos e divulgação de materiais na internet, entre outros, sem que para isso, seja solicitado novo consentimento dos seus participantes. A devolutiva dos resultados aos participantes se dará por meio do envio do relatório consolidado de divulgação dos resultados da pesquisa ao endereço eletrônico informado por ocasião do preenchimento deste termo.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (Fernanda de Freitas Mendonça,
) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

O envio deste RCLE, acessado por meio eletrônico, com todos os campos de consentimento devidamente preenchidos demonstram a manifestação do(a) participante pelo aceite em apostar seu consentimento de participação na pesquisa por meio de reuniões, comunicações e do preenchimento do questionário eletrônico de autopreenchimento. Este RCLE será arquivado por um período de 5 (cinco) anos.
A partir do preenchimento e envio, eu, participante abaixo denominado, me sinto devidamente esclarecido (a) sobre minha participação na pesquisa e concordo em participar voluntariamente, bem como autorizo o uso dos dados preenchidos mediante inquérito em formulário eletrônico referentes à instituição ao qual represento, assentindo com o uso dos referidos dados para fins desta pesquisa.

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, eu tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.
  Pular para a pergunta 2

◯ Não, eu tendo sido esclarecido não tenho interesse em estar participando da pesquisa.

Pular para a seção 2 (Agradecemos sua manifestação junto a nossa pesquisa. Muito obrigada, AbraSUS!)

Agradecemos sua manifestação junto a nossa pesquisa. Muito obrigada, AbraSUS!

Agora que você já consentiu e se dispôs a preencher o questionário, saiba que sua contribuição para o avanço dos consórcios públicos intermunicipais de saúde é muito relevante! Traremos questões referentes ao responsável do preenchimento, dados básicos do consorcio, dados de prestação de serviço e sua produção, dados orçamentário e financeiros e dados de relações com outras instâncias.

2. Nome Completo: *

_____

3. CPF: *

_____

4. Cargo/Função atual:

_____

Dados básico do consórcio:

5. Razão Social: *

_____

6. CNPJ: *

_____

7. Natureza jurídica: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Público-público.
- ◯ Público-privado.
- ◯ Associação administrativa não adequado a Lei n° 11.107/2005.

8. Finalidade: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Monofinalitário (somente saúde).
- ◯ Multifinalitário (duas ou mais finalidades, incluindo a saúde).

9. Entes consorciados: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Município.
- ◯ Estado.
- ◯ União.

10. Regional de saúde que a sede administrativa do CPIS esta localizada: *

_____

11. Município da sede administrativa do consórcio: *

_____

12. Nomes dos entes consorciados e sua população na frente: *
(traga o nome dos entes consorciados separando os nomes por virgula.
Exemplo: Floresta 19.253, Matelândia 53.468)

13. Total da base populacional de referência: *
(tragar a somatória do numero de habitantes dos entes consorciados)

14. Essa conformação dos entes consorciados coincide com a formação da região de saúde estabelecida? Informar se são exatamente os mesmos entes consorciados que fazem parte da região de saúde.

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, todos os municípios da região de saúde são consorciados e não há nenhum município consorciado que faça parte de outra região de saúde.
- ◯ Não, a região de saúde não coincide exatamente com a conformação de municípios consorciados.

15. Ano de criação do consórcio: *

16. Link da página oficial do consórcio: *

17. Qual frequência de realização das Assembleias Gerais do consórcio? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Mensal.
- ◯ Bimestral.
- ◯ Trimestral.
- ◯ Quadrimestral.
- ◯ Semestral.
- ◯ Anual.
- ◯ Convocação quando necessária, sem cronograma definido.

18. Qual caráter da Assembleia Geral? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Deliberativo.
- ◯ Consultivo, e a tomada de decisão fica a cargo do presidente.

19. Quantas assembleia de prefeitos o consórcio teve no exercício de 2023? *

_____

20. Quem são os membros efetivos da Assembleia Geral (pode selecionar mais de uma alternativa)? *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Chefes do executivo do ente consorciado.
- ☐ Secretários municipais.
- ☐ Secretários estaduais.
- ☐ Diretores das regionais de saúde.
- ☐ Outro: _____

21. Qual papel dos secretários de saúde na Assembleia Geral do consórcio? *

Marcar apenas uma oval.

- São membros efetivos da Assembleia Geral com direito a voz e voto.
- Não são membros efetivos, CONTUDO, são convidados para participar da Assembleia Geral.
- Não são convidados para a Assembleia Geral.

22. O consórcio conta com conselho fiscal? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim.
- Não.

23. Qual frequência de reuniões do conselho fiscal? *

Marcar apenas uma oval.

- Bimestral.
- Trimestral.
- Quadrimestral.
- Semestral.
- Anual.
- Sem cronograma definido, apenas quando convocado.

24. Quantas reuniões do conselho fiscal o consórcio realizou em 2023? *

_____

25. O consórcio conta com um conselho curador, conselho técnico ou câmara técnica? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, ele é composto por secretários e/ou equipe de gestão dos entes consorciados.
- ◯ Não dispõe dessa instância.

26. Qual papel do conselho curador, conselho técnico ou câmara técnica do consorcio? (pode escolher mais de um) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Deliberativo.
- ☐ Consultivo/opinativo.
- ☐ Fiscalizatório.
- ☐ Não possui.

Dados de prestação de serviços e produção do consórcio

27. Qual o CNES (traga o código do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde)? *

_____

28. O consórcio possui sede própria para prestação de serviços? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Não, atuo em estrutura locada.
- ◯ Não, atuo em estrutura cedida.
- ◯ Sim, possuo estrutura própria.
- ◯ Sim, mais de uma condição.

29. Quanto a estrutura física para os atendimentos e produção e serviços de saúde do consórcio são realizados sob as seguintes condições (pode selecionar mais de uma opção): *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Em sede própria do consórcio (também incluindo alugada ou cedida)
- [ ] Em sedes do do ente consorciado (município, estado)
- [ ] Na sede dos serviços contratados pelo consórcio.

30. O consórcio esta alimentando sua produção assistencial no CIHA/SUS, conforme orienta a Portaria n°2905/2022. *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, APENAS envio a produção realizada em sede própia.
- ◯ Sim, envio TODA minha produção no CIHA/SUS.
- ◯ Não encaminho minha produção no sistema CIHA/SUS.

31. Quais ações são realizadas pelo consórcio de saúde? (pode selecionar mais de uma opção) *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Consultas médicas especializadas eletivas.
- [ ] Consultas médicas de clínico geral eletivas.
- [ ] Atendimentos de outros profissionais da saúde (enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, nutricionista e terapeuta educacional).
- [ ] Diagnose por imagem (raio-x, usg, cintilografia, tomografia, ressonância, outros).
- [ ] Diagnose especializada (oftalmologia, cardiologia, neurologia, outros).
- [ ] Análises clínicas (exames laboratoriais).
- [ ] Pequenas cirurgias eletivas.
- [ ] Cirurgias eletivas.
- [ ] Consultas médicas em caráter de urgência/emergência.
- [ ] Cirurgias em caráter de urgência/emergência.
- [ ] Aquisição e/ou distribuição de órtese e/ou prótese e/ou meios auxiliares de locomoção. (óculos, ostomia, cadeira de rodas, outros).
- [ ] Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise).
- [ ] Quimioterapia e/ou radioterapia.
- [ ] Cuidados Paliativos ou atenção domiciliar.
- [ ] Central e/ou serviço de regulação ambulatorial eletivo.
- [ ] Aquisição e/ou dispensação de medicamentos (básicos, especiais e excepcionais).
- [ ] Aquisição de insumos, imunobiológicos e materiais para uso dos consorciados.
- [ ] Hemoterapia.
- [ ] Ambulatório especializado de feridas.
- [ ] Aquisição, confecção e/ou dispensação de prótese dentária.
- [ ] Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.
- [ ] Centro de Especialidades Odontológica - CEO.
- [ ] Centro Especializado em Reabilitação - CER.
- [ ] Serviço de transporte sanitário.
- [ ] Contratação e/ou disponibilização de casa de apoio.
- [ ] SAMU - 192.
- [ ] Serviço de Medicina Ocupacional para servidores municipais.
- [ ] Contrato de equipes de Atenção Básica em Saúde.
- [ ] Atendimento itinerante nos entes consorciados.
- [ ] Fornecimento de lanche para os usuários.
- [ ] Serviços de matriciamento e educação permanente em saúde.

32. Quais linhas de Cuidado previstas no convênio do Programa Estadual Qualicis o consórcio tem implementado (pode selecionar mais de uma opção)? *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Não possui o convênio para execução do Programa Estadual Qualicis.
- [ ] Linha de Cuidado Materno Infantil
- [ ] Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial
- [ ] Linha de Cuidado da Saúde Mental
- [ ] Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa
- [ ] Linha de Cuidado de Diabetes

33. Quantidade de consultas eletivas especializadas realizadas em 2023: *

_____

34. Quantidade de cirurgias eletivas realizadas em 2023: *

_____

35. Quantidade de exames especializados realizados em 2023: *

_____

36. No que se refere ao pessoal, quais as formas que o consórcio adota para contratação de profissionais (ou serviços) de saúde?

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Seleção Competitiva Pública.
- [ ] Processo Seletivo Simplificado - PSS.
- [ ] Chamamento Público para pessoa jurídica.
- [ ] Chamamento Público para pessoa física.
- [ ] Livre Nomeação de cargo em comissão.
- [ ] Contrato de pessoa jurídica por meio de processo licitatório.
- [ ] Contrato de gestão do Organizações Sociais.
- [ ] Cessão de servidores.
- [ ] Estagiários.
- [ ] Outro: _____

37. Como é elaborado os instrumentos orçamentários do seu consórcio de saúde? Como acontece a participação dos entes consorciados? *

_____

_____

_____

_____

_____

Dados financeiros e orçamentários do consórcio:

38. Qual valor total do orçamento (R$) do consórcio aprovado para o exercício de 2024? *

_____

39. Qual valor anual orçado (R$) referente à recursos de transferência FEDERAL ao consórcio com a finalidade de CUSTEIO para o exercício de 2024? (Considerar todo recurso procedente da União, vindo fundo a fundo com o Estado ou Município, ou emenda parlamentar - não considerar recurso para investimento) *

_____

40. Qual valor anual orçado (R$) referente à recursos de transferência ESTADUAL ao consórcio com a finalidade de CUSTEIO para o exercício de 2024? (Considerar todo recurso procedente do Estado, vindo através de instrumento contratual ou emenda parlamentar - não considerar recurso para investimento) *

_____

41. Qual valor anual orçado (R$) referente à recursos de transferência MUNICIPAL ao consórcio com a finalidade de CUSTEIO para o exercício de 2024? (Considerar todo recurso procedente dos municípios vindo através de instrumento contratual, contrato de rateio ou de programa - não considerar recurso para investimento) *

_____

42. Qual montante anual (R$) referente especificamente às ações e serviços de saúde (serviços de terceiros) foi previsto pelo consórcio para o exercício de 2024? *

_____

43. Como o consórcio estabelece o contrato de rateio entre os entes consorciados? *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Contribuição per capita fixa mensal.
- [ ] Contribuição por valor (parcela fixa) estabelecida igualmente entre os consorciados.
- [ ] Rateio mensal das despesas na proporção da base populacional.
- [ ] Rateio mensal das despesas em valores iguais entre os entes consorciados.
- [ ] Outros:

44. Valor mensal per capita ou da parcela fixa do contrato de rateio para cada ente consorciado: *

_____

45. O orçamento do contrato de rateio contempla outras ofertas de serviços além das atividades de manutenção do consórcio? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, o contrato de rateio fixo, per capta ou variável contempla os serviços de manutenção do consórcio e ações e serviços de saúde como parte desse instrumento contratual, sem qualquer aporte adicional do consorciado.
- ◯ Sim, o contrato de rateio fixo, per capta ou variável contempla os serviços de manutenção do consórcio e todas as ações e serviços de saúde como parte desse instrumento contratual, contudo, essas requerem aporte adicional do consorciado.
- ◯ Não, o contrato de rateio fixo, per capta ou variável contempla os serviços de manutenção do consórcio. As demais ações e serviços de saúde do consórcio são contempladas em outro instrumento contratual.
- ◯ Outra: _____

Dados de articulação com espaços de governança e controle social no território:

46. Quanto ao movimento do Planejamento Regional Integrado (PRI) em 2024, assinale as características que se referem ao consórcio na atualidade: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ O consórcio participa das atividades de planejamento do PRI.
- ◯ O consórcio não participou do PRI, mas participa dos encontros e oficinas de execução das ações definidas.
- ◯ O consórcio não foi convidado a participar das atividades do PRI.

47. Com relação a integração intergestora no território regional, assinale a características que se referem ao consórcio na atualidade: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ O consórcio é regularmente convidado a participar das reuniões de CIR.
- ◯ O consórcio participa regularmente das reuniões de CIR.
- ◯ O consórcio participa eventualmente das reuniões de CIR.
- ◯ O consórcio não participa das reuniões de CIR.

48. Na última Conferência de Saúde realizada em 2022, assinala a alternativa que refere ao consórcio: *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Participou da Conferência Municipal de um ou mais município consorciado e da Conferência Estadual.
- ◯ Participou da Conferência Municipal de um ou mais município consorciado e não participou da conferência estadual
- ◯ Não participou das Conferências Municipais e participou da Conferência Estadual.
- ◯ Não participou.

49. Sua participação na Conferência de Saúde do munícipio foi em qual segmento:

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Prestador de Serviço.
- ◯ Gestor.
- ◯ Trabalhador.
- ◯ Usuário.
- ◯ Não participei.

50. O consórcio é membro de um conselho de saúde municipal dos entes consorciados? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, fazemos parte do conselho municipal de saúde do município sede.
- ◯ Sim, fazemos parte do conselho municipal de saúde de outro município.
- ◯ Sim, fazemos parte do conselho de saúde de mais de um município consorciado.
- ◯ Não, o consórcio não faz parte de um conselho de saúde municipal.

51. No exercício de 2023 realizou alguma prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, o consórcio realizou prestação de contas no conselho municipal de saúde do município sede do consórcio.
- ◯ Sim, o consórcio realizou prestação de contas ao conselho municipal de saúde de mais de um munício.
- ◯ Não, o consorcio não realizou prestação de contas ao conselho municipal de saúde.

52. Quais as formas de participação do usuário do consórcio de saúde na gestão visando a melhoria do processo de trabalho: *

Agradecemos por sua resposta! Sua contribuição permite um mapeamento da ação consorciada no estado do Paraná, trazendo elementos para refletir a implementação da politica pública de saúde colaborativa e o fortalecimento dos consórcios como instrumento de cooperação federativa e ferramenta de apoio a gestão municipal. Muito obrigada!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários